Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

304
M75
v.15

MONOGRAPHIEN ZUR
FRAUENKUNDE UND KONSTITUTIONSFORSCHUNG
FORTSETZUNG DER MONOGRAPHIEN ZUR FRAUENKUNDE
UND EUGENETIK, SEXUALBIOLOGIE UND VERERBUNGSLEHRE
HERAUSGEGEBEN VON DR. MAX HIRSCH, BERLIN

NR. 15

MUTTERSCHAFTS-FÜRSORGE

Kritische Darstellung der wissenschaftlichen Grundlagen,
praktischen Einrichtungen und gesetzgeberischen Maßnahmen

GRUNDLEGUNG DER SOZIALGYNÄKOLOGIE

VON

DR. MAX HIRSCH
FRAUENARZT IN BERLIN

MIT 3 KURVEN IM TEXT

1 9 3 1

LEIPZIG · VERLAG VON CURT KABITZSCH

Digitized by Google

THE LIBRARY
OF THE
UNIVERSITY OF MINNESOTA
CLASS 304
BOOK M75

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

2.

MONOGRAPHIEN ZUR
FRAUENKUNDE UND KONSTITUTIONSFORSCHUNG
FORTSETZUNG DER MONOGRAPHIEN ZUR FRAUENKUNDE
UND EUGENETIK, SEXUALBIOLOGIE UND VERERBUNGSLEHRE
HERAUSGEGEBEN VON DR. MAX HIRSCH, BERLIN

NR. 15

MUTTERSCHAFTS-FÜRSORGE

Kritische Darstellung der wissenschaftlichen Grundlagen, praktischen Einrichtungen und gesetzgeberischen Maßnahmen

GRUNDLEGUNG DER SOZIALGYNÄKOLOGIE

VON

DR. MAX HIRSCH
FRAUENARZT IN BERLIN

MIT 3 KURVEN IM TEXT

UNIVERSITY OF MINNESOTA LIBRARY

1 9 3 1

LEIPZIG · VERLAG VON CURT KABITZSCH

Digitized by Google

SÄMTLICHE RECHTE,
INSBESONDERE DAS DER ÜBERSETZUNG, VORBEHALTEN
PRINTED IN GERMANY

UNIVERSITY OF
MICHIGAN
LIBRARY

DRUCK DER OFFIZIN HAAG-DRUGULIN AG. IN LEIPZIG

Digitized by Google

Vorwort

Während die im Jahre 1928 erschienene Schrift des Verfassers: „Das Weib in anthropologischer und sozialer Betrachtung" (3. völlig umgearbeitete und erweiterte Auflage des gleichnamigen Werkes von Oskar Schultze) als Grundlagen der Frauenkunde hinausgegangen ist, bildet die vorliegende Schrift über Mutterschaftsfürsorge den Kern der Sozialgynäkologie.

Der Gegenstand beschäftigt den Verfasser seit mehr als 20 Jahren. Viele Einzelfragen sind von ihm in Aufsätzen und Monographien bearbeitet und in Referaten vor dem Preußischen Landesgesundheitsrat und im Reichsausschuß für Bevölkerungsfragen des Reichsministeriums des Innern vorgetragen worden. Den letzten Anlaß zur Niederschrift hat das Referat über Mutterschaftsfürsorge gegeben, mit welchem der nächste Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie den Verfasser betraut hat. Dadurch ist das für die Frauenheilkunde so sehr wichtige Gebiet wirksam herausgestellt und zur ersten zusammenfassenden Darstellung gekommen.

Alle frauenärztliche Heilkunst ist Stückwerk, wenn sie nicht von dem Gedanken der Mutterschaftsfürsorge durchdrungen ist.

Die Mutterschaftsfürsorge ist der wichtigste Zweig am Baume der Gesundheitsfürsorge. Sie verwaltet das biologische Kapital von Staat und Volk.

Weihnachten 1930 — Max Hirsch

(13)
Stechert
APR 10 '31
556014
Digitized by Google

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis

I. Allgemeines 1
Spezialisierung und Kultur 1
Sozialgynäkologie 1
Der Mutterschaftsgedanke 2
Mutterschaft als Gemeinschaftsleistung 5
Mutterschaftsfürsorge und ihre Begründung 6
Begrenzung der Mutterschaftsfürsorge 7
Methodik der Mutterschaftsfürsorge 9
Die Fürsorgebedürftigkeit 11
Die Wirkungsmittel 13
Leitsätze und Systematisierung 14
II. Prägravide Mutterschaftsfürsorge 16
Kleinkind und Schulkind 16
Die kindlichen Arbeiterinnen 18
Die jugendlichen Arbeiterinnen 22
Das Pubertätsalter 33
Die Leibesübungen 34
Die Unfruchtbarkeit 41
Die Überfrüchtigkeit 42
Fortpflanzungsregelung, Eheberatung 43
III. Schwangerschaftsfürsorge 59
A. Mutterschaftsleistung und Erwerbsarbeit 59
Pathologie 59
Schutzbestimmungen und Fürsorgeleistungen 76
Erweiterungsvorschläge und Endziel 91
Leitsätze 106
B. Die sozialpathologischen Vorgänge in der Schwangerschaft . . . 108
Fehlgeburt 108
Frühgeburt 112
Totgeburt 115
Frühsterblichkeit der Säuglinge 117
Mehrlingsschwangerschaft 123
Therapeutischer Abort 124
Tuberkulose 125
Syphilis und Gonorrhöe 129

Digitized by Google

C. Die Unehelichkeit 138
D. Die Wohnungsnot 149
E. Die geburtshilfliche Auslese 151
IV. Geburtsfürsorge 158
Anstaltentbindung 158
Hauspflege 163
Leitsätze 166
V. Postgravide Mutterschaftsfürsorge 167
VI. Organe der Fürsorge 167
Offene Fürsorge 167
Ärzteschaft 167
Hebamme 171
Fürsorgerin 175
Fortbildung 179
Fürsorgestellen 180
Hygienische Volksbelehrung 184
Eheberatung 185
Erfassung 190
Gesundheitspaß 192
Geschlossene Fürsorge 193
Gebäranstalten (Sozialabteilungen) 193
Mütterheime 193
Halboffene Fürsorge 197
Soziale Krankenhausfürsorge 198
Geburtshilfliche Reichsstatistik 198
Zentralisation der Mutterschaftsfürsorge 203
Leitsätze 207

Digitized by Google

I. Allgemeines

Es ist besonderes Kennzeichen der jüngsten Vergangenheit, daß eine immer weiter getriebene Sonderung der Wissenschaften in Einzelfächer und Forschungszweige Platz gegriffen und einen Zustand herbeigeführt hat, in welchem die Teile die Verbindung miteinander und mit dem Ganzen verloren haben.

Es ist ein Zustand, welcher notwendigerweise zum Untergange dessen führen muß, was der eigentliche Zweck der Wissenschaft ist: dem Menschen Kulturgüter zu vermitteln, welche imstande sind, seinen Lebensstand auf eine höhere Ebene zu heben.

Wie ein Organismus, wenn er hoch organisiert ist, nur dadurch lebt, daß die Lebensleistungen auf seine Organe verteilt sind, aber zugrunde geht, wenn die Verbindung der Organe untereinander gestört ist, so können auch die menschlichen Einrichtungen, Familie, Gesellschaft und Staat, so können schließlich auch die Völker selber nicht bestehen, wenn sie nicht in organischer Verbindung miteinander leben.

Auf die Wissenschaften übertragen ergibt sich, daß auch hier eine ständige Verbindung, ein Herüber und Hinüber von Gedanken und Anregungen, ein Zusammenfassen von Grenzgebieten statthaben muß, wenn der Mensch, um dessentwillen die Wissenschaft da ist, einen Fortschritt seiner Kultur durch sie erfahren soll.

Der Boden, auf welchem die Heilkunde gegenwärtig diesen Vorgang erlebt, ist der der sozialen Medizin und Hygiene.

Alle Fachgebiete sind davon erfaßt.

Die Gynäkologie insbesondere hat seit den Zeiten der pathologischen Ortsbetrachtung und ihrer therapeutischen und operativen Auswertung an eigener Substanz nicht gewonnen. Sie hat den größten Teil ihrer Fragestellungen der experimentellen Biologie und der sozialen Medizin und Hygiene entnommen. In dieser Verbindung hat sie sich zur sozialen Frauenkunde ausgeweitet. Ihre Betrachtungsweise erfordert eine Einstellung, welche vom Einzelmenschlichen ausgeht und zum Allgemeinmenschlichen

Digitized by Google

fortschreitet und aus der gegenständlichen Beobachtung des einzelnen die sinndeutende Beurteilung der Vielheit gewinnt.

In allen Zweigen menschlichen Denkens und Könnens werden neue Formen in ihrem Aufkommen gehemmt, wenn alte Vorbilder von starkem Gewicht und Eindruck ihnen entgegenstehen. Das ist auch der sozialen Gynäkologie so gegangen. Sie keimte auf in einer Zeit, in welcher der steile Aufstieg der Frauenheilkunde ihren Gipfel eben erreicht hatte. Um so größer war das Unbehagen, welches das Ablenken der Geister von dieser Entwicklungslinie, der Zwang zum Mitdenken und Neudenken erregte.

Heute ist der Widerstand überwunden. Sichtbares Zeichen dessen ist der Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie 1931, dessen offizieller Teil der sozialen Gynäkologie gewidmet ist[1].

Wie alle Zweige des modernen Lebens ist auch der frauenärztliche Beruf in Technik und Arbeitsteilung hineingeraten. Sie haben die Frauenheilkunde aufgespalten und entseelt.

Spezialisierung und Technisierung sind unvermeidbar. Aber die Entseelung braucht nicht zu sein. Sie kann vermieden werden.

Dafür bedarf es einer Losung von hohem sittlichen Wert und allgemeiner Bedeutung. Eines Zieles, dem alle Sachinhalte sich ein- und unterordnen. Das ist der Mutterschaftsgedanke; das Streben nach Stärkung und Schutz der Fortpflanzungsfähigkeit und Fortpflanzungsleistung.

Indem dieser Gedanke Wurzel faßt, muß er zu innerer Wandlung des frauenärztlichen Denkens führen: zum Dienst an der Mutterschaft.

Dieser Denkinhalt ist um so notwendiger, als Verkettungen des modernen Wirtschafts- und Gesellschaftslebens Konflikte geschaffen haben zwischen den Notwendigkeiten der Lebensführung auf der einen und den Forderungen der gesunden Fortpflanzung auf der anderen Seite.

Die soziale Gynäkologie, welche vor zwei Jahrzehnten in die Arbeit eingetreten ist, hat sich die Erforschung dieser Gegensätzlichkeiten und die Beseitigung ihrer gesundheitsschädlichen Folgen zur Aufgabe gemacht.

Die Zeiten sind unwiederbringlich vorüber, in denen die Sorge um die Gesundheit der Menschen Gegenstand rein persönlichen Verhältnisses zwischen Arzt und Kranken gewesen ist. Und in denen Kommune oder Staat erst mit dem Augenblick in Wirksamkeit treten, in welchem der Kranke die von ihnen unterhaltenen Kranken- oder Versorgungsanstalten aufsucht.

Die Ursachen dieser Änderung stehen hier nicht zur Erörterung. Sie hängen zusammen mit den alle Gründe des menschlichen Zusammenlebens und der bürgerlichen Gesellschaft aufwühlenden und umwälzenden Änderungen des Verhältnisses von Mensch zu Mensch. Ich nenne nur die Umordnung der Wirtschafts- und Betriebsformen, den Aufstieg der breiten

Digitized by Google

Masse des Volkes aus der mehr passiven Rolle im wirtschaftlichen und staatlichen Leben in eine bestimmende Anteilnahme an Arbeit und Entscheidung. Ich erinnere ferner an die tief im Seelenleben der Gegenwart verankerte Änderung im Verhältnis der Geschlechter, an die Auflösung der alten Eheform, an die Befreiung der Frau aus geschlechtlicher Gebundenheit zu Selbstbestimmung und Selbstverantwortung, an ihre Anteilnahme an der Arbeit im wirtschaftlichen und staatlichen Getriebe und vieles mehr.

Diese elementaren Vorgänge und Tatsachen müssen als gegeben und bekannt vorausgesetzt werden, wenn es sich darum handelt, ein Gebiet der Gesundheitsfürsorge zu besprechen, welches aus dem persönlichen Verhältnis von Arzt und Kranken herausgenommen und unter ihrer mehr oder weniger freiwilligen Mitwirkung auf das Gemeinwesen übergegangen ist.

Die Sorge der Öffentlichkeit für die Frau in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ist ein so wichtiges und weit ausgreifendes Gebiet der öffentlichen Gesundheitsfürsorge, wie kaum ein anderes. Um so mehr muß es wundernehmen, daß es, wenn man von ihren philanthropischen Vorläufern absieht, bis vor kurzer Zeit vernachlässigt und heute wohl das am meisten rückständige Gebiet von allen Zweigen der Gesundheitsfürsorge ist.

In welchem Maße vernachlässigt die Mutterschaftsfürsorge zur Zeit noch ist, haben die sozial-hygienischen Berichte auf der Internationalen Hygiene-Ausstellung des Jahres 1930 in Dresden und ihre repräsentative Zusammenfassung in Form der am 1. Juni veranstalteten Tagung gezeigt. Es waren vertreten die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, die Deutsche Vereinigung für Säuglings- und Kleinkinderschutz, der Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung, die Deutsche Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus. Über Mutterschaftsfürsorge wurde nicht gesprochen. Es gibt ferner Fürsorge für Krebskranke, Gefährdetenfürsorge, eine Fürsorge für Nerven- und Geisteskranke, für Trinker und Strafentlassene, für Blinde, für Taubstumme, für Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene, für Krüppel und andere Gebrechen. Nur die Fürsorge für die Mutterschaft hat keine geschlossene Organisation, sondern ist aufgeteilt in viele und vielerlei Bestrebungen.

Der Versuch ist daher gerechtfertigt, unter der Bezeichnung „Mutterschaftsfürsorge" einen durch Wesen und Ziel scharf gekennzeichneten, inhaltlich aber gegen andere Fürsorgegebiete nicht genau abgrenzbaren Aufgabenkreis zu beschreiben.

Das Wort „Mutterschutz", einst ein Losungswort, wird dem heutigen Standpunkt nicht mehr gerecht. Es hat seine Wirkung erfüllt als Weckruf in einer Zeit, in der Personen einzeln und in Gruppen aus Mitgefühl für die unter Unrecht und Unglück leidende uneheliche Mutter und ihr Kind einzutreten Mut und Pflicht in sich fühlten. Aber das Wort ist alsbald verbunden worden mit Strebungen der Weltanschauung und der

Digitized by Google

Politik. Diese Mischung von Philanthropie, Caritas, Glaubensbekenntnis und Welteinstellung macht das Wort unbrauchbar zur Bezeichnung dessen, was heute Inhalt und Ziel der Mutterschaftsfürsorge sein muß: eine reine und klare, von allen Beimischungen freie Frage der Gesundheitsfürsorge.

Damit soll beileibe nicht das große und unvergängliche Verdienst der Mutterschaftsbewegung geschmälert werden. Sie hat außerordentlichen Segen gestiftet, und Generationen von Menschen sind ihr zu Dank verpflichtet.

Denn diese ersten Vorstöße in das Gebiet des Mutterschutzes, deren Verdienst der vor 25 Jahren begründete deutsche Bund für Mutterschutz für sich in Anspruch nehmen darf, haben die Blicke der Öffentlichkeit auf das Fürsorgebedürfnis gelenkt und dazu geführt, daß auch der Staat sich seiner Pflicht gegenüber der schwangeren Frau und ihrem Kinde bewußt wurde. Was heute erreicht ist und darüber hinaus gefordert wird, wäre ohne die Pionierarbeit jener mutigen und hochherzigen Frauen und Männer nicht möglich gewesen.

Es darf aber nicht darüber hinweggegangen werden, so gern man es auch tun möchte, daß die Mutterschutzbewegung auch Widerspruch erfahren hat. Dieser Widerspruch kam aus Weltanschauungsgründen und richtete sich gegen die unterschiedslose Begünstigung von ehelichen und unehelichen Müttern. Auf der 38. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege im Jahre 1913 nannte M. von Gruber die Mutterschaftsversicherung „Den Sarg der Familie". Aus ähnlichen Beweggründen wandte sich der Landesgewerbearzt Holzmann[1] 1919 gegen die Wochenhilfe. Über Weltanschauung läßt sich nicht streiten. Aber dem Arzt sind Grenzen gezogen, die er nicht verlassen darf, ohne seine ärztliche Pflicht zu verletzen. Für ärztliches Denken und Handeln ist die uneheliche Mutterschaft kein anderes Ereignis als die eheliche. Weder Zentrumspartei noch katholische Kirche haben gegen die Unterstützung unehelicher Mütter Einwendungen erhoben.

Aber die Unehelichkeit ist heute nur eine von den Lebensbedingungen, welche die Mutterschaftsleistung unheilvoll beeinflußt. Auch die eheliche Fortpflanzung hat aufgehört, wie ehedem, eine natürliche Angelegenheit zu sein. Auch sie ist schutzbedürftig geworden.

Das Zeitalter des Industrialismus und Merkantilismus, der Zusammenfassung großer Unternehmungen, der Rationalisierung und Mechanisierung der gesamten Volkswirtschaft hat die Frauen in die außerhäusliche Erwerbsarbeit hineingetrieben. Es hat aber auch das Gefühl abgestumpft gegen die Unnatürlichkeit des Zustandes, welche darin liegt, daß die Frau zur außerhäuslichen Erwerbsarbeit gezwungen ist auch in demjenigen Zustande des Leibes, welchen man den „gesegneten" nennt. Die Abstumpfung des Gefühls gegen diesen Zustand ist der Psychose gleich zu achten. Sonst

[1] Holzmann: Das neue Gesetz über Wochenhilfe soziale Praxis 1919, Bd. 29, Nr. 8.

Digitized by Google

müßte sie Roheit sein. Aber die Schuppen werden einst von den Augen fallen. Und spätere Geschlechter werden es nicht verstehen, daß es Zeiten gegeben hat, in denen Menschen in dem von Männern geleiteten Staat es ruhig duldeten, daß Frauen bis nahe an das Ende der Schwangerschaft außerhalb des Hauses in Fabriken und an Maschinen Arbeit leisten, um ihren Lebensunterhalt zu verdienen. Sie werden es nicht verstehen und werden fragen, warum nicht die Allgemeinheit die Pflicht übernommen hat, für die werdende Mutter zu sorgen. Sie werden es um so weniger verstehen von einer Zeit wie der heutigen, welche nicht müde wird, über Geburtenrückgang und Fruchtabtreibung zu klagen, bevölkerungspolitische Ausschüsse und Kongresse zu berufen, die Heiligkeit der Mutterschaft im Munde zu führen, Gesetze zu machen und Verordnungen zu treffen, um den Rückgang der Geburten aufzuhalten.

So werden spätere Geschlechter denken. Heute bleibt denjenigen, welche sich schon frühzeitig den Blick für diese schreienden Widersprüche freigemacht haben, nichts übrig als nach den körperlichen Schäden zu forschen, welche Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Kindesaufzucht durch die außerhäusliche Berufsarbeit der Frau erleiden. Man wird ihrer immer mehr finden, wenn erst das Auge dafür geschärft sein wird.

Und die seelischen Folgen? Wer kann sie erkennen, wer sie beschreiben? Eine aber steht schon seit Jahren mit flammender Schrift den Frauen auf die Stirne geschrieben: das ist die Angst vor dem Kinde, die Ablehnung des Kindes, die Furcht vor der Schwangerschaft, die Geburtenverhütung. Das hat man erkannt. Die Zahlen des Geburtenrückganges sprechen eine klare Sprache.

Die Mutterschaft ist nicht mehr als Einzelfall persönlicher Art zu betrachten und zu bewerten. Die Reichsverfassung erkennt das an in ihrem Artikel 119, welcher lautet: „Die Mutterschaft hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge des Staates." Schwangerschaft, Geburt und Kindesaufzucht sind zu sozialen Begriffen geworden. Zu Bezeichnungen für eine Gemeinschaftsleistung.

Die Frau von heute ist nicht mehr dieselbe wie die des vorigen Jahrhunderts, als die Frauenheilkunde aufzublühen begann. Das liegt in der Entwicklung der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Verhältnisse begründet, unter denen Volkswachstum, Industrialisierung der Wirtschaft, Großstadtleben, Verhältnis der Geschlechter, soziale Stellung der Frau, ihre Einbeziehung in den Arbeitsprozeß die wesentlichen Kennzeichen sind. Alles das hat die Fortpflanzungsleistung, welche früher Angelegenheit der Familie war, zur Sache der Volksgemeinschaft gemacht. Ähnlich wie das Wohnungs- und Lebensmittelwesen, wie Infektions- und Volkskrankheiten und andere Zweige der öffentlichen Hygiene.

Digitized by Google

Man kann der schwangeren Frau, der stillenden Mutter nicht mehr gerecht werden, wenn man sie nicht in ihren sozialen Bindungen an Familie, Arbeit, Beruf, Wohnung und Ernährung betrachtet. Diese Umstände sind von entscheidender Bedeutung für den Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, für die Aufzucht der Kinder und für die Einstellung der Menschen zum Kinde, für den Fortpflanzungswillen.

Die Erforschung dieser Zusammenhänge fällt in den Rahmen der sozialen Gynäkologie und Frauenkunde[1]. Ihre Fragestellungen und Ergebnisse bilden die Grundlage desjenigen Zweiges der Fürsorge, welche dem Schutz und der Förderung der Mutterschaft dient.

Dadurch ist keineswegs eine Loslösung dieser Fragen von der klinischen Gynäkologie vollzogen. Im Gegenteil: die soziale Frage ist gewissermaßen der Klinik einverleibt und von hieraus und durch sie einer exakten Forschung geöffnet. Die soziale Gynäkologie ist eine Bereicherung der klinischen Frauenheilkunde und Geburtshilfe und muß innerhalb derselben, nicht neben ihr, als ein besonderes Forschungsgebiet betrieben werden. Am besten in eigens dafür eingerichteten Sozialabteilungen.

Die Mutterschaftsfürsorge darf getrost als das Kernstück der Frauenheilkunde und Geburtshilfe bezeichnet werden, welche soziale Wissenschaften wie keine anderen sind. Steht doch der Gynäkologe von jeher wachend, ratend und helfend an der Stelle, wo das Leben sich erneuert. Führen doch alle seine Wege und Mühen dem Ziele zu, die Leistungen der weiblichen Fortpflanzungsorgane zu schützen und zu fördern, deren für Individuum, Familie und Volksgemeinschaft wichtigste die Mutterschaft ist.

Viele Frauenärzte erliegen der Gefahr, das Bewußtsein für die Bedeutung ihres Berufes zu verlieren. Gewohnheits- und handwerksmäßig unterziehen sie das weibliche Genitale Maßnahmen der Untersuchung und Behandlung und denken nicht oder wenig daran, daß die Quelle alles Lebens in ihren Händen ist. Daß unzweckmäßige und unbedachte und gar rauhe Handgriffe und unbiologische Maßnahmen geeignet sind, ihre Leistungsfähigkeit zu beeinträchtigen und zu zerstören[2].

[1] Max Hirsch, Was ist Frauenkunde? Zbl. Gynäk. 36 (1912). — Derselbe, Über Ziel und Wege frauenkundlicher Forschung. Arch. Frauenkde. u. Konstit.-forschg. 1 (1914). — Derselbe, Die Bedeutung der Sozialgynäkologie und Frauenkunde für Praxis und Unterricht. Zbl. Gynäk. 44 (1920). — Derselbe: Das Weib in anthropologischer und sozialer Betrachtung (1928), (3. Auflage von Oscar Schultze). — Niedermeyer, Sozialhygienische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe. 1927. — L. Fraenkel, Soziale Geburtshilfe und Gynäkologie. 1928. — Sellheim, Hygiene und Diätetik der Frau. 1926.

[2] Max Hirsch: Frauenheilkunde und Bevölkerungspolitik. Monatsschr. f. Geb. u. Gynäkol. Bd. 49 (1919).

Digitized by Google

Soweit das frauenärztliche Bemühen die biologischen Störungen der weiblichen Fortpflanzungsleistung am Einzelmenschen zum Gegenstand hat, handelt es sich um eine rein ärztliche Angelegenheit von Mensch zu Mensch und ist Sache der individuellen Hygiene und desjenigen ärztlichen Behandlungszweiges den ich als Fortpflanzungstherapie[1] bezeichnet habe.

Sobald aber dieses ärztliche Bemühen Gruppen von Menschen umfaßt und unter Mitwirkung von Organen der öffentlichen Gesundheitspflege vor sich geht, ist sie Gegenstand desjenigen Zweiges der sozialen Hygiene, welcher als Fortpflanzungsfürsorge oder Mutterschaftsfürsorge gekennzeichnet ist.

Für den Arzt beginnt das Leben des Menschen nicht erst mit der Geburt, sondern mit der Zeugung. Für den vererbungswissenschaftlich eingestellten Biologen aber geht das Leben noch hinter den Akt der Zeugung zurück und wurzelt mit seinen Anfängen in den Keimzellen beider Geschlechter. Der Augenblick ihrer Vereinigung (Kopulation) schafft einen Anfang, in welchem die Einwirkung des mütterlichen Organismus auf die Frucht und die inneren Zusammenhänge zwischen Mutter und Kind beginnen. Hier setzt die Mutterschaftsfürsorge im engeren Sinne ein. Sie umfaßt die Fürsorge für die Frau und ihr Kind in der Zeit der Schwangerschaft, der Geburt, des Wochenbetts und des Stillens.

Aber auch dasjenige, was zur Vereinigung der Keimzellen führt, der Akt der Zeugung, wird noch der engeren Mutterschaftsfürsorge zugerechnet werden müssen. Die Zeugung ist heute nicht mehr dieselbe naive Handlung, wie sie noch in der Generation unserer Großeltern gewesen ist. Man hat sie unter die Herrschaft der Vernunft gestellt, ordnet sie nach Zahl und Zeit und spaltet in zweckbewußter Absicht den Vorgang in einen Akt der Lustgewinnung und einen Akt der Fortpflanzung. Mehr als in früherer Zeit hängt daher das Schicksal von Mutter und Kind von den hygienischen und sozialen Bedingungen ab. Ich möchte diesen Teil der Mutterschaftsfürsorge die Zeugungsfürsorge nennen.

Als höchster Grundsatz der Mutterschaftsfürsorge muß ausgesprochen werden: Mutter und Kind sind eine biologische Einheit. Dieser Grundsatz rechtfertigt nicht nur die Vereinigung der Mutterfürsorge mit der Säuglingsfürsorge, deren Arbeit ohnehin nach dem glänzenden Siegeslauf der letzten beiden Jahrzehnte heute auf das Problem der Frühsterblichkeit beschränkt ist, sondern auch engsten Anschluß an die Fürsorge des Kleinkindes, des Schulkindes und der schulentlassenen Jugend.

Diese Zusammenfassung entspringt aber nicht nur dem Grundsatz der Zusammengehörigkeit von Mutter und Kind und den daraus dem Kinde

[1] Max Hirsch: Ärztliche Heilkunde und Geburtenrückgang. Leipzig 1922.

Digitized by Google

erwachsenden Vorteilen, sondern sie entspringt auch der Erkenntnis, daß die Mutterschaftsfürsorge im weiteren Sinne sich alle diejenigen Maßnahmen angelegen sein lassen muß, welche dazu dienen, die Fähigkeit zur Fortpflanzung zu entwickeln und zu fördern.

Die Grundlagen der Schwangerschaftsbefähigung werden schon im frühesten Lebensalter, im Säuglings-, Kleinkind- und Schulkindalter gelegt. Spätere Entwicklungshemmungen und Entwicklungsstörungen der Genitalien und des ganzen Organismus sind sowohl auf krankhafte Vorgänge, wie auf Mängel der Umweltbedingungen zurückzuführen, unter denen die jungen Menschen leben. Allerdings sind diese Lebensalter besonderen Fürsorgezweigen anvertraut, und alles was von diesen zur Ertüchtigung der Kinder getan wird, gereicht der späteren Fortpflanzungsleistung zum Vorteil.

Nicht abgetrennt dagegen, sondern zur engeren Mutterschaftsfürsorge gehörig ist die Fürsorge für das Reifealter. Das ist die Zeit vom Austritt aus der Schule über die Zeit der Berufsschule und den Eintritt in das Erwerbsleben bis zur Vollendung der geschlechtlichen Reife.

Die Hygiene der weiblichen Pubertät ist aus dem Gesichtspunkte der Mutterschaftsfürsorge und der späteren Fortpflanzungsfähigkeit von ganz besonderer Bedeutung, weil Schädigungen, welche die weiblichen Jugendlichen treffen, oft für das ganze Leben von entscheidendem Einfluß sind. Der erste Eintritt der Menstruation, die Menstruationsfolgen und ihre Begleiterscheinungen, welche oft ins pathologische ausarten, die dadurch verursachten entzündlichen Vorgänge in der Wand der Gebärmutter und dem angrenzenden Zellgewebe, allgemeine Störungen, wie solche der Blutbereitung, der Schilddrüsenfunktion, des Zirkulations- und Verdauungsapparates, das Erwachen des Geschlechtstriebes und seine zu frühzeitige oder abnorme Befriedigung: alle diese Vorgänge können Folgen haben, welche die Fortpflanzungsfähigkeit schädigen.

Alle diese Vorgänge sind aber auch in hohem Grade von den Lebensbedingungen abhängig, unter denen das reifende Mädchen aufwächst. Die Mutterschaftsfürsorge wird daher sowohl den körperlichen Anlagen und ihren Auswirkungen, als auch der sozialen Lage der weiblichen Jugendlichen ihre Aufmerksamkeit zuwenden müssen.

Ich möchte diesen Teil der Mutterschaftsfürsorge der Systematisierung zuliebe als prägravide Fürsorge zusammenfassen und gegen die Schwangerenfürsorge und die postgravide Fürsorge abgrenzen.

Die prägravide Mutterschaftsfürsorge umfaßt alle diejenigen Maßnahmen, welche der Hygiene der Pubertät, dem Schutz der jugendlichen Arbeiterinnen, der Hygiene der Zeugung, der Wahl des Zeugungspartners, der Gattenwahl, der Eheeignungsprüfung, der Geburtenregelung,

Digitized by Google

der Bekämpfung der Unfruchtbarkeit, der Unterfrüchtigkeit und der Überfrüchtigkeit dienen.

Somit erfaßt die Mutterschaftsfürsorge in engerem Sinne die weibliche Bevölkerung von den Reifejahren bis zum Ende der Fortpflanzungszeit.

Die Frau im Zustande der Fortpflanzung nimmt eine besondere Stellung ein. Die Generationsvorgänge: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind zwar Geschehnisse, welche den physiologischen Ablauf eines natürlichen Vorganges darstellen, die man also an sich nicht als krankhaft oder als unerwünscht bezeichnen kann, die man im Gegenteil angesichts des hohen Zweckes, welchen sie erfüllen, als im höchsten Grade erwünscht, ja sogar als den Gipfel menschlichen Glückstrebens ansehen muß. Aber Zustand und Ablauf dieser Epochen im weiblichen Leben streifen doch unter den Bedingungen der heutigen Zivilisation sehr die Grenzen des Krankhaften und alle ihre Äußerungen und Einwirkungen auf das Befinden der Frau sind so schwankend und vielfältig und wechselnd zwischen dem, was als gesund und dem was als krank zu gelten hat, daß man sie in eine Zwischengruppe als physiopathologische Vorgänge einordnen sollte.

Die biologischen Ursachen der Mutterschaftsstörungen fallen in die Grenzen der Frauenheilkunde wie sie bisher geübt wurde. Die soziologischen Ursachen aufzudecken und zu würdigen, ist von der Heilkunde allzu lange vernachlässigt worden. Es ist ein Irrtum gewesen, zu glauben, daß sozialhygienische und fürsorgerische Bestrebungen die Schulmedizin nichts angehen. Dieser Irrtum hat auf dem Gebiete der Mutterschaftsfürsorge einen zweifachen Schaden zur Folge. Einmal läuft die Mutterschaftsfürsorge dadurch Gefahr, unvollkommen, einseitig und laienhaft zu werden, indem sie der medizinischen Ausgänge, Grundlagen, Erfahrungen und Beobachtungen, kurz der medizinischen Wissenschaft entbehrt. Den zweiten Schaden hat die Frauenheilkunde selbst zu tragen, indem sie derjenigen Erkenntnisse verlustig geht, welche fürsorgerisch gewonnen werden und geeignet sind, ihrerseits befruchtend auf die Frauenheilkunde einzuwirken.

Wie sehr die Erfolge der Fürsorge von der medizinischen Forschung abhängig sind, und in welchem Maße andererseits die Erfahrungen der Fürsorge wiederum die medizinische Forschung fördern, dafür gibt ein Beispiel die enge Zusammenarbeit von Kinderheilkunde und Säuglingsfürsorge mit dem, was sie in der Säuglingssterblichkeit erreicht hat.

Gelingt es der medizinischen Forschung, Gesundheitsschäden und ihre Bedingtheit durch äußere Umstände oder durch Erbanlage rechtzeitig festzustellen, so wird Aufgabe der Fürsorge sein, sie zu verhüten.

Aus diesem Grunde und zu diesem Zwecke müssen

1. die Methoden ausgebildet werden, welche die Schädigungen der

Digitized by Google

Mutterschaft aufzudecken geeignet sind, und zwar sowohl die medizinischen Methoden, als auch die soziologischen und statistischen.

2. Die Mittel aufgezeigt werden, welche die Schäden zu vermeiden und zu beseitigen geeignet sind und zwar sowohl die medizinischen als auch die fürsorgerischen Mittel.

Was die medizinischen Methoden anbelangt, so werden alle Fortschritte der wissenschaftlichen Forschung herangezogen werden müssen, um die Fürsorge zu befruchten. Die sozialen Quellen aber, die Umweltbedingungen, Armut, Berufsarbeit, Wohnung, Kleidung, Ernährung, kurz alles, was man als „soziale Lage" zusammenzufassen pflegt, müssen in gemeinsamer Arbeit von Heil- und Fürsorgewesen aufgedeckt und saniert werden. So wird in wechselseitiger Wirkung zwischen medizinischer Forschung, ärztlicher Beobachtung und fürsorgerischer Arbeit das Fundament der Mutterschaftsfürsorge immer breiter und tragfähiger werden. —

Die fürsorgerischen Maßnahmen gegen die Störungen der weiblichen Fortpflanzungsleistung leiten ihre Berechtigung ab aus der großen Bedeutung, welche diese Störungen für das Gemeinwohl (Geburtenzahl, Volkskraft usw.) haben. Man hat zu unterscheiden:

I. Störungen, welche im Organismus der schwangeren Frau ihre Ursache haben.

a) Organische Erkrankungen (Herz, Lunge, Niere usw.).

b) Allgemeine Erkrankungen (Syphilis, Blutkrankheiten, Konstitutionskrankheiten usw.).

c) Funktionelle Krankheiten.

d) Schwierigkeiten der Geburt.

e) Erbanlagen.

II. Störungen, welche durch die sozialen Verhältnisse bedingt sind. (Primäre Verursachung, sekundäre Beeinflussung).

a) Wirtschaftliche Umstände (Wohnung, Ernährung, Einkommen).

b) Erwerbsarbeit und Beruf.

c) Kinderzahl.

Auch das Problem der generellen und individuellen Krankheitsdisposition greift tief in die Fragen der sozialen Hygiene ein und muß das Wesen der Fürsorge durchdringen. Insbesondere die Frage nach der Fürsorgebedürftigkeit, nach ihrem Grade, ihrer Dauer wird nach Möglichkeit unter dem Gesichtspunkt der Krankheitsdisposition oder anders ausgedrückt der individuellen Widerstandsfähigkeit entschieden werden müssen. Bis hierfür die exakten Unterlagen gefunden sein werden, ist noch ein weiter Weg wissenschaftlicher Beobachtung und praktischer Erfahrung.

Die Lebenskreise, denen der Mensch angehört, müssen nach ihrer patho-

Digitized by Google

genetischen Bedeutung schärfer erfaßt werden, damit die Rollen von Anlage und Umwelt richtiger verteilt werden können.

Es werden sich besondere Krankheiten, besondere Erscheinungs- und Verlaufsformen bei Menschen herausstellen, welche denselben Lebenskreisen angehören. Von den Altersgruppen, von Klima, Familie, Rasse und von den Lebensweisen, wie Sport, Unmäßigkeit, Genuß von Giften wissen wir schon mancherlei. Es wird aber auch dem sozialen Milieu, den Berufsarten usw. eine höhere Aufmerksamkeit zugewendet werden müssen.

Vielfache Vermischung aller dieser Einwirkungen, insbesondere der Verbindung von Beruf und sozialem Milieu, machen die Herausfindung der gewerblichen Schäden besonders schwierig.

Alles das sind zunächst einmal Fragestellungen und weiter nichts und geben die Richtung an, in welcher sich die Forschung zu bewegen haben wird. Obwohl es aber nur erst Fragestellungen sind, wird man sie gleichwohl schon jetzt fest ins Auge fassen und, soweit statthaft, Folgerungen für das praktische Leben, insbesondere für die Fürsorge, ziehen müssen, ehe nichtwiedergutzumachender Schaden angerichtet ist. Wir können nicht warten, bis die wissenschaftliche Forschung klare und eindeutige Antworten gibt. Die Not der Zeit duldet einen solchen Aufschub nicht. —

Die Fürsorgebedürftigkeit ist ein Begriff, welcher genauerer Umschreibung bedarf, weil über ihn nicht volle Einigkeit herrscht. Ich will mich auf den Streit der Meinungen nicht einlassen, welcher auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge über den Begriff der Fürsorgebedürftigkeit ausgefochten worden ist, weil die Mutterschaftsfürsorge anderen Bedingungen und Voraussetzungen unterliegt, und möchte meinen Standpunkt folgendermaßen präzisieren:

1. Fürsorgebedürftig ist die Frau während der Zeit ihrer Fortpflanzungsleistung und Fortpflanzungsbereitschaft, weil sie sich in einem Zustande besonderer gesundheitlicher Gefährdung befindet.

2. Die Gefahren werden in der Hauptsache durch die Lebensbedingungen verursacht, unter welchen die Frauen sich befinden: Wohnungswesen, wirtschaftliche Lage, Erwerbsarbeit Unehelichkeit usw.

3. Abstellung oder Ausgleich dieser Lebensnotstände ist dem einzelnen (Arzt oder Patient) versagt und nur der Allgemeinheit möglich.

4. Auch wo gesundheitliche Mängel die Mutterschaftsleistung stören, ist die soziale Lage von entscheidendem Einfluß.

5. Die Fortpflanzungsleistung, ebenso wie die durch sie verursachten Schäden wirken ihrerseits auf die Lebensbedingungen der Frau, insbesondere die wirtschaftlichen Verhältnisse, wie Wohnung, Ernährung, Kleidung usw. in ungünstigem Sinne ein.

Digitized by Google

6. Von besonderer Bedeutung ist die wirtschaftliche Lage für Entwicklung der Frucht und des Neugeborenen. Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge sind eng verbunden.

7. Die schwangere Frau, die Wöchnerin und die Mutter unversorgter Kinder gehört der Gruppe der Erwerbsbeschränkten zu, denn es kann keinem Zweifel unterliegen, daß die Erwerbsfähigkeit dieser Frauen durch körperliche und soziale Umstände beeinträchtigt ist.

8. Fürsorgebedürftigkeit ist durchaus nicht gleichbedeutend mit Armut.

9. Fürsorgebedürftigkeit hat daher keineswegs ausnahmslos materielle Unterstützung zur Folge. Es gibt auch ideelle Fürsorgebedürftigkeit, deren Ursachen kulturhygienischer Art sind.

10. Fürsorgebedürftig ist jede Schwangere, Gebärende, Wöchnerin und Stillende, welche den handarbeitenden Volksschichten angehört, also jede schwangere Arbeiterin in Handel und Verkehr, Gast- und Schankwirtschaft, in Industrie, Wegebau- und Baugewerbe, häuslichen Diensten und Lohnarbeit wechselnder Art, in Land- und Forstwirtschaft; ferner die Heimarbeiterinnen, sowie die Familienangehörigen von Männern, welche in den genannten Betrieben tätig sind.

11. Fürsorgebedürftig ist ferner jede schwangere Frau, Wöchnerin und junge Mutter, falls sie aus eigenen Mitteln den gesundheitlichen Mindestforderungen für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Kindesaufzucht nicht genügen kann. Unter den heutigen Verhältnissen werden große Teile des Mittelstandes und der freien Berufe von dieser Fürsorgebedürftigkeit erfaßt.

12. Fürsorgebedürftig sind ferner diejenigen Schwangeren, Wöchnerinnen und jungen Mütter, deren Intellekt, Bildung und Umgebung einen günstigen Ablauf von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Kindesaufzucht nicht gewährleisten. —

Bucura[1] hat 3 Jahrgänge (1908, 1909 und 1914) der 2. Geburtshilflichen Klinik in Wien, welche 10887 Schwangerschaftsaufnahmen umfassen, durchgesehen und die Regelwidrigkeiten in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett festgestellt. Auf Einzelheiten kommt es hier nicht an, sondern nur auf das Endergebnis, daß mindestens jede 3. Frau, sei es während der Schwangerschaft, während der Geburt oder im Wochenbett, ärztlicher Hilfe bedarf. In dieser Berechnung ist die Gonorrhöe nicht berücksichtigt. Ähnliche Feststellungen habe ich an dem Material des Freistaates Baden gemacht und verweise auf meine darauf bezüglichen Arbeiten. Diese Tatsachen allein sollten genügen, um das Unrecht und das Unheil aufzudecken, welches heute an der Frau als der Trägerin der kommenden Generationen durch ungenügende Fürsorge begangen wird. Sie sollten aber auch genügen, um die Notwendigkeit der Mutterschaftsfürsorge zu begründen.

[1] Bucura: Über Schwangerschaftsfürsorge. Wiener med. Wochenschr. 1923, Nr. 2.

Digitized by Google

Wenn auch seitdem Maßnahmen der Wochenhilfe und andere gesetzliche Bestimmungen in die Mutternöte eingegriffen haben, so sind diese völlig unzureichend, angesichts der heute ungleich schwereren Lage der Nachkriegszeit.

Die Wechselwirkung von Lebenslage und Fortpflanzungsleistung ist Sachinhalt der ganzen Mutterschaftsfürsorge. Volkswirtschaft und Volksgesundheit sind eng miteinander verflochten.

Die Mutterschaftsfürsorge wird demnach in erster Linie für die wirtschaftlich Schwachen zu sorgen haben. Dieser großenteils der Sozialversicherung unterliegende Personenkreis fällt der Mutterschaftsfürsorge lückenlos zu. Wie weit darüber hinaus der nichtversicherte Mittelstand erfaßt wird, hängt von der besonderen wirtschaftlichen Lage ab. Dagegen werden die Schützlinge der öffentlichen Wohlfahrtspflege ohne weiteres von ihr betreut. —

Das sittliche Fundament der Mutterschaftsfürsorge ist der Rechtsanspruch der Frau auf den gedeihlichen Ablauf ihrer Fortpflanzungsleistung.

Immer noch hat der Fürsorgegedanke gegen den Einwand der Überfürsorge zu kämpfen. Gegen die Besorgnis, daß ein Übermaß an Fürsorge Schaden stifte, indem es materielle und ideelle Mittel an Menschen verschwende, welche ihrer nicht bedürfen, indem es das Verantwortungsgefühl für das eigene Schicksal mindere und abstumpfe, indem es gesunde Menschen krank mache.

Diese Einwände dürfen als gegenstandslos betrachtet werden in einer Zeit, deren Gesellschafts- und Wirtschaftsordnung die von der Natur gegebene Aufgabe der Frau zur Unnatur, die Freude der Mutterschaft zur Not gewandelt hat. Dagegen läßt sich die Gefahr, daß durch die Fürsorge das Verantwortungsgefühl zerstört werde, dadurch abwenden, daß die Versicherten zur tätigen Mitarbeit herangezogen werden. Gemäß dem Grundsatz des russischen Volkskommissariats für Gesundheitswesen: „Die Erhaltung der Gesundheit der Werktätigen ist ihre eigene Angelegenheit.“ [1]

Es hieße die gesamte soziale Hygiene und Pathologie des weiblichen Fortpflanzungslebens aufrollen, wollte man den Aufgabenkreis der Mutterschaftsfürsorge umschreiben. Soweit sich die Frauenheilkunde in ihrem bisherigen Rahmen mit den Bedingungen und Störungen der Fortpflanzung beschäftigt hat, muß auf die gynäkologische Literatur verwiesen werden. Was an dieser Stelle zur Darstellung kommt, sind die Beziehungen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, von Fortpflanzungsfähigkeit und Fortpflanzungsleistung zu den Bedingungen der Umwelt, in welcher die Frauen leben. —

Als Muster kann der Mutterschaftsfürsorge die Säuglingsfürsorge vorgeführt werden. Die Säuglingsfürsorge hat ihre Erfolge erreicht in erster Linie durch die unermüdliche und organisierte Stillpropaganda. Wenn auch die Verabfolgung der Stillprämien ihr die Arbeit erleichtert hat,

[1] Siehe S. 203

Digitized by Google

so sind ihre Wirkungsmittel doch in der Hauptsache seelischer Art gewesen.

Auch die Mutterschaftsfürsorge scheint mir — wenn es gelänge, ihr das Ansehen im Volke zu verschaffen, welches ihr gebührt — diejenige Organisation zu sein, welche imstande ist, den abhanden gekommenen Willen zum Kinde wieder zu beleben und zu stärken. Zu diesem Zweck muß sie zum fein angestimmten Instrument in der Hand des Fürsorgearztes und seiner Hilfsorgane werden. Denn daß die Angst vor dem Kinde, welche heute die Menschen ergriffen hat und beherrscht, mit ihren tiefsten und feinsten Wurzeln in seelischen Gründen verankert, und daß die ganze neue Sexualmoral etwas höchst Unfertiges und Unzureichendes ist, darüber dürfte ein Zweifel kaum bestehen. Auch bei denjenigen nicht, welche eine Rückkehr zur alten Sexualmoral entschieden ablehnen.

Diesem unfertigen und schlechten Zustande eine Wendung zu etwas fertigem und besserem zu geben, liegt sehr wohl im Bereiche des Möglichen. Allerdings wird es mit seelischen Einflüssen allein nicht getan sein. Wie bei der Stillpropaganda die Mahnung an die vaterländischen Interessen und an die mütterliche Ehrenpflicht durch geldliche Aufwendungen wirksam unterstützt worden ist, so wird in noch höherem Grade die Mutterschaftsfürsorge nur dann die verloren gegangene Freude am Kinde wieder erwecken können, wenn sie das Mutterwerden und das Muttersein mit allen nur denkbaren wirtschaftlichen Beihilfen unterstützt.

Es gibt unzählige Frauen — das wird jeder Frauenarzt bestätigen können — denen Mütterlichkeit den Kern des Wesens bildet, deren Auswirkung aber durch die engen wirtschaftlichen Verhältnisse in Grenzen gehalten wird, welche den wahren Wünschen nicht entsprechen. Wenn der Staat sich entschließt, die Kosten der Aufzucht einer größeren Kinderzahl auf die Schultern der Volksgemeinschaft zu legen, so wird er dadurch nicht nur vielen Familien zu erwünschtem Kindersegen verhelfen, sondern auch durch Beispiel das Vertrauen der zögernden und abgeneigten gewinnen.

Ich schätze die Wirkungsmöglichkeiten der Mutterschaftsfürsorge, wenn sie ideelle und materielle Mittel gemeinsam einsetzt, sehr hoch ein und messe ihr eine große Bedeutung für die Stärkung des Zeugungswillens zu. Für diese Wirksamkeit ist in erster Linie erforderlich, daß die Mutterschaftsfürsorge sich das Vertrauen der Bevölkerung erwirbt, daß ihre Wichtigkeit und ihr Nutzen für den einzelnen und für die Allgemeinheit erkannt werden.

Zusammenfassung und Systematisierung

1. Die Mutterschaftsfürsorge ist das Kernstück der sozialen Gynäkologie. Sie ist der am meisten rückständige von allen Zweigen der Gesundheitsfürsorge.

Digitized by Google

2. Die Mutterschaftsfürsorge ist nicht nur auf den Schutz von Mutter und Kind im Einzelfalle, sondern darüber hinaus auf die Sorge um die Fortpflanzungsleistung der Gesamtheit eingestellt.

3. Mutter und Kind sind eine biologische Einheit. Darum müssen Mutterschutz, Säugling-, Kleinkind- und Schulkind-Fürsorge sowie die für die weibliche schulentlassene Jugend zusammengefaßt werden. Sie bilden die Mutterschaftsfürsorge im weiteren Sinne und umfassen die Maßnahmen, welche der Fortpflanzungsbefähigung dienen.

4. Die Mutterschaftsfürsorge im engeren Sinne.

Sie umfaßt alle Maßnahmen, welche der Fortpflanzungsbereitschaft und der Fortpflanzungsleistung dienen.

A. Die prägravide Mutterschaftsfürsorge.
   a) Fürsorge des Pubertätsalters.
      α) Allgemeine Hygiene.
      β) Jugendliche Arbeiterin.
   b) Fürsorge bei der Eheschließung: Eheberatung.
   c) Zeugungsfürsorge.
      α) Allgemeine Hygiene der Zeugung.
      β) Geburtenregelung (aus medizinischen, sozialen, eugenetischen Gesichtspunkten).
         $\alpha\alpha$) Empfängnisförderung (bei Unterfrüchtigkeit).
         $\beta\beta$) Empfängnisverhütung (bei Überfrüchtigkeit)
            durch Operation und Strahlen;
            durch Präventivmittel.
         $\gamma\gamma$) Schwangerschaftsunterbrechung.

B. Die Schwangerschaftsfürsorge.

Sie beginnt mit der Empfängnis und endigt mit dem Beginn der Geburt. Ihr Inhalt ist:
   a) die allgemeine Hygiene der Schwangerschaft;
   b) die Gewerbehygiene der schwangeren Arbeiterin;
   c) die sozialpathologischen Vorgänge in der Schwangerschaft: Frühgeburt. Fehlgeburt. Totgeburt. Frühsterblichkeit der Säuglinge. Mehrlingsgeburt. Therapeutischer Abort. Tuberkulose. Syphilis. Gonorrhöe.
   d) Die Unehelichkeit.
   e) Die wirtschaftliche Not (Wohnung, Nahrung usw.).
   f) Die geburtshilfliche Auslese.

C. Geburtfürsorge:
   a) Hebamme.
   b) Anstalt.
   c) Hauspflege.

Digitized by Google

D. Die postgravide Mutterschaftsfürsorge.
   a) Wochenbettfürsorge.
   b) Stillfürsorge.
   c) Säuglingsfürsorge.

5. Die Mutterschaftsleistung ist an biologische und soziologische Bedingungen gebunden.

6. Die biologischen Grundlagen sind Inhalt der Frauenheilkunde, die soziologischen sind Gegenstand der Sozialgynäkologie. Beide sind untrennbar in der Frauenkunde miteinander verflochten.

7. Unter den biologischen Bedingungen, welche die Mutterschaftsleistung schädigen, sind Rachitis, Entwicklungsstörungen, Tuberkulose, Gonorrhöe und Syphilis die wichtigsten.

8. Unter den Umweltbedingungen, welche die Mutterschaftsleistung beeinträchtigen, stehen Wohnung, Ernährung, Erwerbsarbeit, Unehelichkeit und Kinderzahl im Vordergrund.

9. Das sittliche Fundament der Mutterschaftsfürsorge ist der Rechtsanspruch der Frau auf den gedeihlichen Ablauf ihrer Fortpflanzungsleistung.

II. Praegravide Mutterschaftsfürsorge

1 Kleinkind und Schulkind

In den Rahmen der Mutterschaftsfürsorge als derjenigen Fürsorge, welche nicht nur die Frau im Zustand der Schwangerschaft und nicht nur die bereits zur Mutter gewordene Frau, sondern auch das jugendliche Mädchen erfaßt mit Rücksicht auf ihre spätere Befähigung zur Mutterschaft, gehören diejenigen Maßnahmen, welche der Ertüchtigung der weiblichen Jugend dienen. Also die Fürsorge für das Kleinkind, das weibliche Schulkind und die weibliche schulentlassene Jugend bis zum Eintritt in das Erwerbsleben. Hier beginnt dann die Fürsorge für die jugendliche Arbeiterin, deren schon an früherer Stelle gedacht ist. Dazwischen liegen die Maßnahmen zugunsten der absolut Berufsunreifen und der teilweise Berufsuntauglichen.

Diese Fürsorgemaßnahmen, welche die Lebensalter vom Säugling bis zur jugendlichen Arbeiterin umfassen, haben sich zu selbständigen Fächern entwickelt, deren Behandlung nicht in den Rahmen dieser Abhandlung gehört. Das geistige Band, welches sie miteinander verbindet, ist Mutterschaftsbefähigung als Ziel.

Aber die Mutterschaftsfürsorge bedarf auch einer geistigen Vorbereitung, welche den Sinn der künftigen Mutter für den Fürsorgegedanken erzieht.

Digitized by Google

Sie muß erstrebt werden schon in der Mädchenschule durch Unterricht in der Physiologie der weiblichen Geschlechtsorgane, in der Pflege des Säuglings und des Kindes. Tugendreich[1], Gruber, Escherich, Trumpp, Langstein und Rosenhaupt haben unermüdlich auf diese Mutterschulung hingewiesen und betont, daß sie sich nicht nur auf das Schulkind, sondern auch auf die Lehrkraft erstrecken muß.

Mehr noch als auf den Säugling wirkt die soziale Lage der Eltern auf das Schicksal des Kleinkindes ein. Abwesenheit der Mutter infolge außerhäuslicher Erwerbstätigkeit, Wohnungsnot, hygienische Mängel der Häuser und Städte, Mängel der mütterlichen und hausfräulichen Fähigkeiten, Mangel an Einkommen sind für das Kleinkind von Schaden. Während dem Säugling Ernährungskrankheiten zum Verderben gereichen, sind es im Kleinkinderalter die akuten und chronischen Krankheiten: Tuberkulose, Lymphdrüsenschwellung, Rachitis und angeborene Syphilis. Die Vulvovaginitis der kleinen Mädchen wird oft unbemerkt in das spätere Alter hinübergenommen und kann zur Ursache der Infektion in der Ehe und im Wochenbett werden.

Es bedarf keiner Beweisführung, daß in den Bereich der Mutterschaftsfürsorge auch die Sorge für das Kleinkind gehört. Sie abzutrennen, wäre ein künstlicher Einschnitt zum Schutz bürokratischen Interesses. Mutter und Kleinkind sind eine Einheit, wie Mutter und Säugling, wie Mutter und Leibesfrucht. Wer diese Einheit zerreißt, schädigt Mutter und Kind und Volksgesundheit und Staatsinteresse.

Bis vor zwei Jahrzehnten wurde allerdings diese Altersgruppe von Kindern von 2—6 Jahren vollkommen vernachlässigt. Sie wurde zum ersten Male dank den Vorstößen von H. Neumann und G. Tugendreich in Angriff genommen und unter Führung von Gottstein fürsorgerisch angefaßt. Danach wurden allmählich Säuglingsfürsorgestellen zu Kleinkinderfürsorgestellen ausgebaut und daneben spezielle Kleinkinderfürsorgestellen errichtet.

Das Kennzeichen des Kleinkindes ist das Spiel, dessen Leitung und Beaufsichtigung die ersten Anfänge einer planmäßigen Erziehung fördern. Daneben ist das Kleinkind mütterlicher Pflege und besonderer hygienischer Bedingungen durchaus bedürftig. Will man sich einen Begriff von dem heutigen Umfang der Fürsorge des Kleinkindes machen, so muß man eine Zahl von 7 Millionen Kleinkindern in Deutschland zugrunde legen, von denen nach Tugendreich im Jahre 1922 $^9/_{10}$ und heute sicherlich nicht weniger fürsorgebedürftig sind.

In Berlin mußten nach dem Bericht des Medizinalamtes vom Jahre 1920

[1] Tugendreich: Handb. d. Mutter- u. Säuglingsfürsorge 1910.

Digitized by Google

8% der Schulanfänger wegen körperlicher und geistiger Schulunfähigkeit zurückgestellt und 17% ärztlich überwacht werden. Aus einer Übersicht von 24392 ärztlich untersuchten Schulanfängern ergibt sich, daß gerade das Kleinkinderalter oft die Grundlage zu körperlichen und geistigen Mängeln, Rachitis, Skrophulose, Nervenleiden, Wirbelsäulenverkrümmung, Tuberkulose der Lungen und der Knochen und anderen Verkümmerungskrankheiten gibt. Fast alle diese Krankheiten sind bedingt oder zum mindesten in Entstehung und Verlauf eng gebunden an die Umweltbedingungen, unter denen Wohnung und Ernährung die wichtigste Rolle spielen.

In welchem Zahlenverhältnis das Kleinkind zur außerhäuslich erwerbstätigen Mutter steht, habe ich durch Erhebung an Mitgliedern des deutschen Textilarbeiterverbandes festgestellt.[1] —

Im Schulalter ist die Sterblichkeit der Kinder zwar außerordentlich gering, aber es zeigen sich doch Schädigungen, welche bisher mit einer gewissen Resignation hingenommen worden sind, deren Verhütung aber für die spätere Mutterschaftsleistung große Bedeutung hat. Neben Schädigungen der Sinnesorgane und neben Drüsenerkrankungen sind Abweichungen des Knochengerüstes, besonders Verkrümmungen des Rückgrates, Blutarmut und Wachstumshemmungen bemerkenswert.

Pubertas praecox, Masturbation in Schulen und Pensionaten und Anfänge psychosexueller Abartungen bedürfen der fürsorgerischen Aufmerksamkeit.

Früher waren diese Krankheiten ausschließlich Sache des Hausarztes. Heute sind sie öffentliche Angelegenheit geworden und der schulärztlichen Fürsorge unterstellt. Mit welchen Mitteln diese eingreift, kann hier nicht berichtet werden.

Soweit diese Fürsorgemaßnahmen besonderen Zweigen der Gesundheitsfürsorge anvertraut sind, wie der Säuglings-, der Kleinkind- und Schulkindfürsorge, muß die Mutterschaftsfürsorge sich darauf beschränken, in Verbindung mit ihnen die jeweils notwendigen Arbeiten zu verrichten.

2. Kindliche Arbeiterinnen

Eine kurze Darstellung sei der gewerblichen Beschäftigung der Kinder gewidmet, weil diese besonders unheilvoll auf die geschlechtliche Entwicklung und die spätere Fortpflanzungsfähigkeit einwirkt und die Aufmerksamkeit der Mutterschaftsfürsorge wachruft.

Man pflegt die Erwerbstätigkeit der Kinder immer damit abzutun, daß man sagt, die Arbeit bestehe nur in Botengängen, im Austragen von Zeitungen und Backwaren, könne also an sich keinen erheblichen Schaden verursachen. Aber man vergißt dabei, daß diese Dienste meist vor Schulbeginn

[1] s. S. 45f.

Digitized by Google

geleistet werden und infolgedessen durch Übermüdung und durch Unregelmäßigkeit der Ernährung die körperliche Entwicklung der Kinder ungünstig beeinflussen.

Neben den statistischen Landesberichten und denen der Gewerbeaufsichtsbeamten, welche nur die revisionspflichtigen Fabriken mit mindestens 10 Arbeitern und die ihnen gleichgestellten Betriebe betreffen, gibt es Teiluntersuchungen welche einen wertvollen Einblick gestatten. So diejenigen von Vieth[1] aus dem Jahre 1921 in Halle an der Saale.

Die erwerbstätigen Kinder in Halle an der Saale 1921:

Klassen und Kinder	Gesamtzahl	Von der Erhebung erfaßt	Unter 100 der Gesamtzahl waren von der Erhebung erfaßt	Erwerbstätige Kinder	Unter 100 von der Erhebung erfaßten waren erwerbstätig
Klassen	448	301	67.2	—	—
Knaben	9243	6729	72.8	785	11.67
Mädchen	9633	6902	71.6	848	12.87
Zusammen	18876	13631	72.2	1633	11.98

Daraus geht hervor, daß 12% der Volksschulkinder Erwerbsarbeit verrichten, Mädchen in noch höherem Grade als Knaben.

Nach dem Bericht der Gewerbeaufsichtsbeamten für Preußen, Bayern, Sachsen, Baden, Württemberg, Braunschweig und Hamburg vom Jahre 1925 hat die Beschäftigung der Kinder infolge der wirtschaftlichen Not außerordentlich zugenommen. Im Freistaat Sachsen z. B. waren von 510219 Schulkindern 93936 oder 18.4% erwerbstätig, und zwar 37192 in Handel und Gewerbe, 22337 in der Hauswirtschaft, 32200 in der Forst- und Landwirtschaft und 2207 in anderer Weise. 48626 der beschäftigten Kinder waren Knaben, 45310 Mädchen. 31048 waren eigene, 62888 fremde Kinder.

Ich glaube, daß hier Abhilfe geschaffen werden muß, damit der Nachwuchs, dessen wir so dringend bedürfen, nicht in seiner Gesundheit und die heranwachsende weibliche Generation nicht in ihrer Fortpflanzungskraft geschädigt werde.

Die Erwerbsarbeit der Kinder in den Fabriken ist durch Reichsgesetz vom 30. 3. 03 geregelt. Kinder unter 13 Jahren dürfen in Fabriken nicht beschäftigt werden, Kinder über 13 Jahre nur dann, wenn sie nicht mehr schulpflichtig sind. Die Arbeitszeit der letzteren darf die Dauer von sechs Stunden täglich nicht überschreiten. Für schulpflichtige Kinder gelten besondere Vorschriften, wobei unterschieden wird, ob es sich um eigene oder fremde Kinder handelt. In manchen Betrieben, so in Berg- und Hüttenwerken, Brüchen, Ziegeleien, in der Tabakindustrie, bei Bauten, in Werkstätten mit Motorenbetrieb u. a. mehr dürfen Kinder nicht tätig sein. Über ihre Beschäftigung bei öffentlichen Vorstellungen oder in Gast-

[1] Vieth: Die Kindererwerbsarbeit in Halle. Soziale Praxis 1923.

Digitized by Google

wirtschaften bestehen besondere Bestimmungen. Verboten ist die gewerbliche Tätigkeit fremder Kinder unter 12 Jahren sowie eigener unter 10 Jahren. Aber auch in Betrieben, in denen die Arbeit von Kindern gestattet ist, dürfen diese weder nachts noch in der Schulzeit, überhaupt länger als 3 Stunden (in den Ferien höchstens 4 Stunden) täglich tätig sein. Sonntagsarbeit ist im allgemeinen verboten. Dagegen wird die Kinderarbeit in der Landwirtschaft sowie im Haushalt nicht beschränkt.

Das 25jährige Bestehen des Kinderschutzgesetzes von 1903 hat im Jahre 1928 Sachsen veranlaßt, eine Sondererhebung über die Kinderarbeit zu veranstalten. Danach ist gegen das Vorjahr eine Abnahme der erwerbstätigen Kinder von 12% auf 10.4% aller Schulkinder, die um 14262 zugenommen haben, zu verzeichnen. Die absolute Zahl der in Handel und Gewerbe beschäftigten Kinder stieg von 26300 im Jahre 1927 auf 26400, in der Hauswirtschaft sank sie von 14200 auf 13500, in der Landwirtschaft von 19100 auf 12900. Die Abnahme ist auf den Geburtenrückgang während des Krieges zurückzuführen. Die Zahl der in Handel und Gewerbe sowohl als auch in der Hauswirtschaft tätigen Kinder zeigt Zunahme bei den „eigenen Kindern" — Abnahme bei den „fremden Kindern".

Besondere Aufmerksamkeit wurde vom Gewerbeaufsichtsamt Chemnitz dem Zeitungsaustragen durch Schulkinder zugewendet. Jedes vierte gewerblich beschäftigte Kind war dort Zeitungsträger. Etwa $^3/_4$ der Zeitungsträger waren Knaben (905) und $^1/_4$ Mädchen (335). 393 waren eigene Kinder, 847 fremde.

Auch die Unsitte, daß Kinder vor dem Schulunterricht Frühstück austragen, hat sich wieder gezeigt. Um wirksam dagegen vorgehen zu können, mußte die Hilfe der Wohlfahrtspolizei in Anspruch genommen werden. Im übrigen war bei der gewerblichen Beschäftigung eigener Kinder vor allem der Nichteinhaltung des Schutzalters entgegenzutreten. Bei der Beschäftigung fremder Kinder bereitet die Einhaltung der Arbeitszeit Schwierigkeiten.

Auch aus Bayern wird berichtet, daß die gewerbliche Beschäftigung schulpflichtiger Kinder seit dem Inkrafttreten des Kinderschutzgesetzes ständig und erheblich zurückgegangen sei. Während ihre Zahl im Jahre 1903 rund 4000 betrug, belief sie sich im Jahre 1928 nach den allerdings nicht ganz lückenlos eingegangenen, in den Schulen aufgestellten Listen nur mehr auf rund 2000.

Daß die Zahl der Verfehlungen gegen das Kinderschutzgesetz verhältnismäßig immer noch hoch ist, geht daraus hervor, daß von den 2000 oben genannten Kindern rund 1200 in ungesetzlicher Weise beschäftigt wurden, sei es nun, daß sie das gesetzliche Mindestalter noch nicht erreicht hatten, oder daß sie zur verbotenen Nachtzeit, am Sonntag oder zu lange beschäf-

Digitized by Google

tigt wurden. Auch unzulässige Beschäftigungsarten, wie Arbeiten im Betriebe von Bäckereien, Lumpensortierereien, Ziegeleien, an Zupfmaschinen, Lokomobilen, sogar an Kreissägen, kamen vor. Am häufigsten werden die Kinder mit Zeitungen- und Waren-(Brot-, Milch-)Austragen oder sonstigen Botengängen, mit Hausieren von Gegenständen und mit Hausarbeiten beschäftigt.

Die meisten ärztlichen Berichte klagen über nachteilige Folgen, unter denen Unterernährung und Rückgratverkrümmungen den wachsenden Mädchen besonders nachteilig werden.

Kinderarbeit ist eine Verschwendung von Volkskraft, welcher die Mutterschaftsfürsorge mit allen Mitteln entgegentreten muß. Sie ist Widersinn im Zeitalter der Arbeitslosigkeit.

Der Kinderarbeit in der Landwirtschaft hat Helene Simon ihr besonderes warmherziges Interesse zugewendet. In ihrem Buche über „landwirtschaftliche Kinderarbeit", welchem mehrere Untersuchungen zugrunde liegen, erhebt sie 1925 die Anklage: „Die Revolution hat die Kinder vergessen."

Die Erhebung des Jahres 1922 läßt auf eine Zunahme der Kinderarbeit gegenüber dem Jahre 1904 schließen. Diese aber hatte ergeben, daß von über 9¼ Millionen Volksschulkindern unter 14 Jahren 1770000 in Land- und Forstwirtschaft beschäftigt waren. Über 12 Jahre waren rund 717000, unter 12 Jahre rund 1052000, davon fast 445000 unter 10 Jahre. Der Höchstanteil kommt mit rund 969000 Kindern auf das Kartoffelauslesen, es folgt das Rübenverziehen mit über 410000 Kindern. Auf das Viehhüten kommen über 280000 Kinder. Im übrigen sind alle Kinder an allen landwirtschaftlichen Beschäftigungsarten und Verrichtungen je nach Arbeitsart, Alter und Geschlecht in höherem oder geringerem Maße beteiligt, z. B. beim Jäten 362000 Kinder, Heutrocknen 284000, Obstpflücken 301000, Rübenhacken 148000, Rübenausnehmen 266000, Kartoffellegen 278000, Kartoffelhacken 197000, bei anderen Hackarbeiten 97000, beim Torftrocknen 28000, Steine und Ungeziefer sammeln 199000, ferner beim Traubenlesen, auf Treibjagden, beim Anbau von Getreide, Handelsgewächsen und Gemüsen, bei Arbeiten im Walde und Hofarbeiten.

Angeregt durch diese Feststellungen von Helene Simon hat sich ein Reichsausschuß gebildet, welcher dem „Reichstagsausschuß betr. Kinderarbeit in der Landwirtschaft" folgende Vorschläge für eine künftige Gesetzgebung unterbreitet hat:

a) Für eigene und fremde Kinder:
   1. Sonn- und Feiertagsarbeit, sowie Nachtarbeit ist grundsätzlich zu verbieten.
   2. Eine 11stündige ununterbrochene Nachtruhe ist grundsätzlich zu gewährleisten.
   3. Gesundheitsschädliche und unfallgefährliche Arbeiten sind zu verbieten. Die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften haben in ihren Unfallverhütungsvorschriften nähere Bestimmungen darüber

Digitized by Google

zu treffen, bei welchen Arbeiten die Beschäftigung von Kindern unter 14 Jahren untersagt ist. Den Arbeitnehmern ist Gelegenheit zur Mitwirkung zu geben.

4. Der ständige Schulbesuch der Kinder ist, insbesondere auch durch Verbot der Arbeit vor dem Vormittagsunterricht, zu sichern.

b) Für fremde Kinder wird außerdem empfohlen:

1. Es ist zu bestimmen, daß die Beschäftigung verboten werden kann, wenn der Schularzt oder andere Vertrauenspersonen eine körperliche Gefährdung des Kindes feststellen.
2. Die Arbeitszeit soll in der Regel während der Schulzeit 3 Stunden, während der Ferien 6 Stunden nicht übersteigen. Ausnahmen können für Zeiten besonderer Arbeitshäufung, wie z. B. Ernte und Kampagne, sowie beim Verderben von Rohstoffen und bei Notständen zugelassen werden.

c) 1. Die Durchführung ist dem zu diesem Zwecke noch auszubauenden Jugendamt zu übertragen.

2. Die Strafbestimmungen sind in bezug auf eigene Kinder milder zu gestalten als in bezug auf fremde.

Die Mutterschaftsfürsorge auf dem Lande muß mit diesen Lebens- und Arbeitsverhältnissen und mit den gesetzlichen Bestimmungen vertraut sein, um durch rechtzeitige Vorbeugung Beeinträchtigung der Fortpflanzungsfähigkeit zu verhindern[1].

Eine dritte Kategorie sind die in der Hauswirtschaft beschäftigten Kinder, welche die Mutterschaftsfürsorge umsomehr angehen, als es sich fast ausschließlich um weibliche Kinder handelt. Wir für alle hauswirtschaftliche Arbeit fehlt es naturgemäß auch für die der Kinder an besonderen Schutzbestimmungen. Erst der jetzt viel besprochene Entwurf zum Hausgehilfengesetz[2] beginnt die Frage zu behandeln. Über ihn wird noch später zu sprechen sein.

Das Reichsgesetz von 1903 nimmt auf die Entwicklung der Mädchen zu fortpflanzungstüchtigen Frauen keine Rücksicht und bedarf dringend der Revision. An ihr mitzuwirken, muß die Mutterschaftsfürsorge durch Beibringung von Beobachtungsmaterial bemüht sein.

3. Die jugendlichen Arbeiterinnen

Nicht besser steht es um die weiblichen Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren. Diese Gruppe von Menschen bedarf der Fürsorge im Rahmen

[1] Vgl. auch Hanna Marcuse: Landwirtschaftliche Kinderarbeit. Soziale Praxis 1928, Nr. 13 u. 14.

[2] Käthe Mende: Der Kinderschutz im Entwurf zum Hausgehilfengesetz. Soziale Praxis 1930, Heft 4.

Digitized by Google

des Mutterschutzes deswegen, weil die Fortpflanzungsleistung der erwachsenen Frau ihre Vorbedingungen und Grundlagen im Lebensalter geschlechtlicher Entwicklung und Reife erhält. Die Betreuung dieser Gruppe von weiblichen Personen ist heute aber von ganz besonderer Bedeutung, weil sie diejenigen Lebensalter umfaßt, welche unter den körperlichen, seelischen und sittlichen Schäden der Kriegs- und Nachkriegszeit, insbesondere unter den Wohnungs- und Nahrungsmängeln gestanden haben, deren Wirkungen an den Kleinkindern jener Zeit hinreichend festgestellt worden sind.

Die besonderen Kennzeichen des Jugendlichenalters sind die Breitenentwicklung, die Zunahme an Länge und Gewicht, das lebhafte Einsetzen des endokrinen Stoffwechsels, die Ausbildung der lebenswichtigen inneren Organe, geistige und seelische Entfaltung und dadurch bedingte nervöse Erregbarkeit, gesteigerter Stoffwechsel und leichte Ermüdbarkeit. Dieses Lebensalter ist entscheidend für die spätere Fortpflanzungsfähigkeit der erwachsenen Frau.

Die Mutterschaftsfürsorge für die weibliche Jugend wird sich zu erstrecken haben auf:

1. Die Hygiene der Pubertät im allgemeinen.
2. Die Hygiene des Unterrichts der schulentlassenen Mädchen in Berufs- und Handelsschulen.
3. Die Berufsberatung.
4. Die Arbeitsbedingungen der jugendlichen Arbeiterinnen (Arbeitszeit, Beschäftigungsart, Ruhepausen usw.).

Während die zu 2. und 3. genannten Aufgaben besonderen Fürsorgezweigen zufallen, erheischt der Schutz der jugendlichen Arbeiterin, das heißt, derjenigen Arbeiterin, welche in der Zeit der geschlechtlichen Reifung in das wirtschaftliche Leben, insbesondere in die Betriebe der Industrie und des Handels eintritt, sowie die Hygiene des Pubertätsalters im allgemeinen die besondere Aufmerksamkeit des Frauen- und Fürsorgearztes.

Die Zahl der erwerbstätigen Jugendlichen ist in steter Zunahme begriffen und zwar so, daß von den 14—16 Jahre alten Mädchen nahezu die Hälfte, von den 16—18 Jahre und 18—20 Jahre alten mehr als die Hälfte erwerbstätig sind. Die Zahlen wären weit größer, wenn auch die häuslichen Angestellten in die Berechnung aufgenommen wären. Es handelt sich aber in obiger Tabelle fast ausschließlich um die außerhäuslich erwerbstätigen jugendlichen Arbeiterinnen der Industrie und des Handels. Bemerkenswert ist die Zunahme der weiblichen Jugendlichen seit 1895, welche weit größer ist, als die der männlichen, und unaufhaltsam fortschreitet.

Digitized by Google

Von den $11^1/_2$ Millionen im Jahre 1925 gezählten weiblichen Erwerbstätigen stehen:

758870 = 6.6% im Alter von unter 16 Jahren
951793 = 8.3% im Alter von 16—18 Jahren.

Es sind also im Ganzen 1710663 erwerbstätige jugendliche Arbeiterinnen bis zu 18 Jahren = 14.9% der erwerbstätigen Frauen in gewerblichen Betrieben tätig. Seitdem ist diese Ziffer in weiterer Zunahme begriffen und zwar die der 14—18-Jährigen von 3.2% der gesamten Arbeiterschaft im Jahre 1926 auf 3.5% im Jahre 1927. In manchen Industrien ist die Zahl der Jugendlichen weit höher. So in der Textilindustrie, hier sind 7.5% der Belegschaft Jugendliche unter 16 Jahren, darunter 68.6% weiblich. So steht es um die Einspannung der weiblichen Jugendlichen in den Produktionsprozeß.

Dieses frühzeitige Herausmüssen der Jugendlichen aus dem Hause in das Erwerbsleben wirkt nicht nur auf die Gesundheit, sondern auch auf die Lebensauffassung, auf Bildung und besonders auf das Geschlechtsleben ungünstig ein.

Die sehr verdienstvollen Feststellungen der Charlottenburger Schulärztin, Ilse Szagunn[1], an jungen Mädchen der Fortbildungsschulen einerseits und der höheren Lehranstalten andererseits sind durchaus geeignet, starke Bedenken und Befürchtungen für die weibliche Jugend derjenigen Volkskreise zu erregen, welche während des Entwicklungsalters den Einwirkungen des Berufes und der unzureichenden und unregelmäßigen Ernährung und anderer hygienischen Übelstände ausgesetzt sind:

Länge und Gewicht von jungen Mädchen in Charlottenburg 1918—1923 bzw. 1922/23 (nach Szagunn)

Alter der Mädchen in Jahren	Schülerinnen der Mädchenfortbildungsschule in den Jahren 1918—1923			Schülerinnen der Lyzeen und Studienanstalten im Winterhalbjahr 1922/23		
	Zahl der Untersuchten	Länge[2] in cm	Gewicht[2] in kg	Zahl der Untersuchten	Länge[2] in cm	Gewicht[2] in kg
14—15	928	153	45.6	277	156.7	48.3
15—16	318	154.6	47.7	280	157.5	51.6
16—17	167	156.2	50.5	194	160.0	53.5
17—18	150	156.3	51.6	71	162.4	55.9

Szagunn fand bei 22.6% der Fortbildungsschülerinnen Blutarmut und davon abhängige Störungen, bei 15.6 Haltungsanomalien und bei 2.2% schwere seitliche Verkrümmungen der Wirbelsäule, bei 7.3% Herzfehler.

[1] Szagunn: Über den Gesundheitszustand der schulentlassenen weiblichen Jugend. Soziale Praxis 1923.

[2] Durchschnittszahlen.

Digitized by Google

Es wird zunächst schwierig sein, aus dem Komplex der sozialen Bedingungen die Berufsschädigungen herauszulösen, denen die Fortbildungsschülerinnen ausgesetzt sind, ebenso wie es schwer sein wird, zu sagen, wie weit die generative Tätigkeit der Frau durch die Erwerbsarbeit der Jugendlichen beeinflußt wird. Wenn man aber die Feststellungen aus allen Lagern der sozialen Hygiene zusammennimmt und wenn man die von mir nachgewiesenen Einwirkungen der Erwerbsarbeit auf die Beckenform in Betracht zieht, so sind ernste Bedenken nicht von der Hand zu weisen. Rechtzeitiges Vorbeugen ist besser als Warten, bis größere Schäden eingetreten sind. Das ist die alte Lehre vom Brunnen, den man zudecken soll, bevor das Kind hineinfällt.

Es mutet uns heute sonderbar an, daß durch ein Arbeiterschutzgesetz im Jahre 1839 Kindern unter 9 Jahren die Fabrikarbeit untersagt wurde, und daß Kinder von 9—16 Jahren neben 5 Stunden Schulunterricht nur 10 Stunden Fabrikarbeit leisten durften, die durch $1^1/_2$ Stunden Pause unterbrochen werden müßten. Diese Pause wurde durch die Gewerbeordnung von 1869 auf 2 Stunden festgesetzt. Thiele[1] macht mit Recht auf den Widersinn aufmerksam, daß eine solche Verordnung, die gegen die Unternehmer und die Eltern durchgesetzt werden mußte, als „Kinderschutzgesetz" bezeichnet wurde. Viel besser ist es aber auch heute noch nicht. Nach der Gewerbeordnung (Novelle 1891) beträgt die Arbeitszeit für Jugendliche zwischen 14 und 16 Jahren in den Fabriken maximal 10 Stunden, und nach dem Gesetz von 1908 darf die Arbeit Jugendlicher unter 16 Jahren nicht vor 6 Uhr morgens beginnen und nicht über 8 Uhr abends dauern. Vorgeschrieben ist eine Mittagspause von 1 Stunde und eine Vor- und Nachmittagspause von je $^1/_2$ Stunde.

Nach den heute gültigen Bestimmungen der Arbeitszeitverordnung vom 21. Dezember 1923 beträgt die Dauer eines Arbeitstages 10 Stunden. Der § 136 der G.-O. schreibt vor, daß unter 16 Jahre alten Arbeitern bei einer Arbeitszeit von 6 Stunden eine Pause von wenigstens $^1/_2$ Stunde, bei einer Arbeitszeit von 6—8 Stunden eine Mittagspause von wenigstens 1 Stunde und bei einer Arbeitsdauer von über 8 Stunden eine Pause von $^1/_2$ Stunde vormittags und $^1/_2$ Stunde nachmittags gewährt werden muß. Demnach ist der heutige Arbeiterschutz der 14—16jährigen kaum von dem unterschieden, welchen das Arbeiterschutzgesetz vom Jahre 1839 den Kindern und Jugendlichen angedeihen ließ. Es darf nicht übersehen werden, daß der heutige Schutz nur für Betriebe mit mindestens 10 Arbeitern und ihnen gleichgestellte Betriebe (Hüttenwerke, Bauhöfe, Werften, Motorbetriebe, Ziegeleien) gilt. Nicht besser ist das Arbeiterschutzgesetz welches gegenwärtig zur Beratung steht und welches das Schutzalter der Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahre heraufsetzt. Über die Ruhepausen für Jugendliche wird darin bestimmt, daß diese bei einer Arbeitszeit von 4—6 Stunden mindestens $^1/_4$ Stunde, von 6—8 Stunden mindestens $^1/_2$ Stunde, von 8—9 Stunden mindestens $^3/_4$ Stunden und über 9 Stunden 1 Stunde betragen muß. Jugendliche unter 16 Jahren dürfen nicht länger als 4 Stunden ohne Pause beschäftigt werden.

Ebenso sonderbar und rückschrittlich wie uns Menschen von heute jene vor beinahe 100 Jahren erlassene Verordnung anmutet, wird es Menschen

[1] Thiele: „Arbeit von Frauen, Kindern und Jugendlichen" aus Handb. d. soz. Hygiene u. Gesundheitsfürsorge. Berlin 1926.

Digitized by Google

einer künftigen und hoffentlich nahen Zeit erscheinen, daß es Arbeitgebern in der Gegenwart gestattet ist, Kinder unter 14 Jahren und jugendliche Arbeiterinnen von 14 bis 16 Jahren überhaupt, sowie Jugendliche bis zum 18. Lebensjahre voll in Fabriken zu beschäftigen.

Noch betrüblicher ist, daß in den Tarifverträgen auf die jugendlichen Arbeiterinnen wenig Rücksicht genommen ist und von ihnen Zeitleistungen beansprucht werden, welche in keinem Verhältnis zu den Körperkräften stehen und welche sich in nichts von den Leistungen unterscheiden, welche den erwachsenen männlichen Arbeitern auferlegt werden.

So betrug im Jahre 1928 die Arbeitsdauer der erwerbstätigen Jugendlichen:

	bis zu 48 Std.	bis zu 54 Std.	mehr als 54 Std.
In Gemeinden über 1000000 Einw. ...	65.6%	15.9%	18.5%
In Gemeinden von 20000—100000 Einw.	60.0%	17.7%	22.3%
In Gemeinden von 5000—20000 Einw..	46.8%	23.3%	29.9%

23% ohne Urlaub, 38% mit Urlaub von 5—8 Tagen.

Wendenburg hat 100 Tarifverträge durchgesehen und in 14 Fällen überhaupt nichts über die Jugendlichen gefunden. 109 von 309 Tarifverträgen fordern von Jugendlichen eine Arbeitszeit von 54 Stunden.

Der medizinische Bericht über das Gesundheitswesen des preußischen Staates im Jahre 1928 führt darüber Klage, daß in ländlichen Bezirken vielfach Jugendliche und Schulkinder bei der Ernte und anderen landwirtschaftlichen Arbeiten beschäftigt sind und oft so angestrengt werden, daß der allgemeine Gesundheitszustand leidet, ja daß wiederholt Verkrüpplungen durch Tragen schwerer Lasten eingetreten sind.

Auch in der Industrie sind in großer Zahl Jugendliche beschäftigt, so besonders in der Textilindustrie, wobei, wie der Bericht hervorhebt, jede Betreuung durch Fabrikpflegerinnen fehlt. Ja selbst die strengen Vorschriften über die Beschäftigung Jugendlicher wurden verletzt durch Verwendung in Nachtstunden, an Sonntagen und durch Überschreitung der Arbeitszeit.

Die Erörterung des Arbeitsmarktes der Jugendlichen sei nicht geschlossen ohne einen Hinweis auf die Wirkungen des Geburtenausfalls während des Krieges. Strunden berechnet im Reichsarbeitsblatt (Nr. 44, 1925), daß die Volksschulen verlassen:

Ostern 1928	1293900	Kinder	(Geburtsjahr 1914)
„ 1929	1210528	„	„ 1915
„ 1930	793023	„	„ 1916
„ 1931	717431	„	„ 1917
„ 1932	650903	„	„ 1918
„ 1933	696673	„	„ 1919
„ 1934	1311475	„	„ 1920
„ 1935	1270537	„	„ 1921

Digitized by Google

und gelangt zu einem Ausfall an Jugendlichen, die auf den Arbeitsmarkt treten, von

80000	im	Jahre	1929
500000	„	„	1930
570000	„	„	1931
640000	„	„	1932
590000	„	„	1933
zusammen 2380000	in	5	Jahren

Danach setzt wieder ein vorübergehender starker Zuwachs an Jugendlichen ein, um nach kurzer Dauer einem erneuten starken Rückgang Platz zu machen[1]. Diese Entwicklung wird sicherlich nicht ohne Rückwirkung auf Arbeits- und Lehrstellenmarkt der Jugendlichen bleiben. Es kann wohl angenommen werden, daß in dieser Zeit die Jugendlichen glatt absorbiert werden, und daß es nur noch örtliche Probleme der arbeitslosen Jugendlichen geben wird. Doch darf diese Hoffnung den Sinn für die Schärfe des augenblicklichen Problems nicht abstumpfen, weil auch bei verminderter Zahl der gesundheitliche Schaden noch immer groß genug dafür ist, daß alle Sicherungen der Fürsorge getroffen werden.

Bestände die Arbeit Jugendlicher nur in Nebenarbeiten, wie Botengängen usw., so wäre ein ungünstiger Einfluß auf das Wachstum kaum zu erwarten. Aber die Textilindustrie, welche überhaupt wegen ihres großen Bedarfs an weiblichen Arbeitern und wegen deren engen Verflechtung mit ihr als Musterbeispiel für die Beziehungen von Frauenarbeit und Fortpflanzungsleistung betrachtet werden kann, zeigt das völlige Eingespanntsein auch der jugendlichen Arbeiter in den Fabrikationsprozeß.

Die Schäden, welche die Erwerbsarbeit den weiblichen Jugendlichen verursacht, treten durch Gesundheitsstörungen in Erscheinung, unter denen hier nur die besonders augenfälligen genannt sein sollen.

1. Trotz allgemeiner Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit ist in Preußen ein Ansteigen der Tuberkulosesterblichkeit der Mädchen[2] von 10—15 Jahren und in Berlin sogar der 15—20jährigen Mädchen festgestellt. Dies ist um so bemerkenswerter, als wir in einer Zeit allgemein sinkender Tuberkulosesterblichkeit leben. Da die Lebensbedingungen der männlichen und weiblichen Arbeiter dieser Altersstufe keinen Unterschied aufweisen, so bleibt als Erklärung für diese erhöhte Tuberkulosesterblichkeit der jugendlichen weiblichen Arbeiter nur die Berufsarbeit übrig. Sie beträgt für die

[1] So hat die Berliner Ortskrankenkasse bei Zählung am 1. II. 1930 gegenüber 1920 einen Rückgang der Versicherten unter 20 Jahren von 20.4 auf 14.3% festgestellt.

[2] Knopf: Tuberkulose unter jungen Mädchen. Bericht über die gesamte Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. 14. 1928.

Digitized by Google

Arbeiterinnen im Alter von 15—20 Jahren nahezu die Hälfte aller überhaupt vorkommenden Todesfälle.

Es ist kein Zweifel, daß die Sterblichkeit für die Altersklasse von 14 bis 18 Jahren keine Abnahme wie die aller anderen Altersklassen, sondern eine Zunahme erfahren hat. So zeigt sich, daß in Preußen für die Altersklassen vom 15. bis 20. Lebensjahr innerhalb der Jahre 1900—1901 und 1905—1906 beim weiblichen Geschlecht kaum ein Rückgang in der Sterblichkeit (von 3.6—3.5%) in den Großstädten (von 3.3—3.2%) zu verzeichnen ist. Prinzing bringt diese Erscheinung mit dem ungenügenden Schutz jugendlicher Arbeiter in Deutschland in Verbindung.

2. Festgestellt ist ferner eine außerordentliche Höhe der Krankheitsziffer der Arbeiterinnen an Entwicklungsstörungen und allgemeinen Krankheiten. Hiervon ist nachgewiesenermaßen besonders die Textilindustrie betroffen, in welcher die Zahl der jugendlichen Arbeiterinnen außergewöhnlich hoch ist.

Beide Erscheinungen, sowohl die Tuberkulosesterblichkeit als auch die hohe Erkrankungsziffer an Entwicklungsstörungen und allgemeinen Erkrankungen stehen im engsten Zusammenhange mit den Umweltbedingungen. Es ist ärztliche Erfahrung, daß die oben genannten Arbeitszeitverhältnisse die Ernährung ungünstig beeinflussen. Was mangelhafte, einseitige und unregelmäßige Ernährung an Schaden anrichten kann, haben wir in Deutschland in den Kriegs- und Nachkriegsjahren zu unserem Leidwesen hinreichend erfahren müssen. Niemals zuvor ist eine solche Häufung von Hypoplasien der Genitalorgane und allgemeinen infantilistischen Hemmungsbildungen beobachtet worden, wie in dieser Zeit.

Die Hemmungen der Genitalorgane fanden ihren sichtbaren Ausdruck in Amenorrhöe und Sterilität, deren Frequenz nach den Feststellungen von Küstner am Material der Universitäts-Poliklinik in Halle von 0.8% im Jahre 1919 auf 1.5% im Jahre 1925 gestiegen ist. Von diesen Patienten standen 86% während der Kriegsjahre in der Reifungszeit vom 11. bis zum 18. Lebensjahre.

Was die Ernährung, insbesondere die Entziehung der Vitamine für die Entwicklung der Keimdrüsen bedeutet, ist durch die Untersuchungen von Abderhalden, Stieve, Guggisberg und Meyerstein u. a. erwiesen worden.

Diese haben durch Verfütterung von vitamin- und fettarmer Kost und durch einseitige Ernährung sowohl bei erwachsenen als auch bei jungen Tieren Hemmung der Eireifung, Verkümmerung der Genitalorgane, Aplasie der Ovarien erzeugt, so daß von manchen Versuchsreihen nur 10% der Tiere fortpflanzungsfähig waren.

3. Daß nicht nur Entwicklung und Wachstum im allgemeinen, sondern

Digitized by Google

auch die Ausbildung des knöchernen Beckens durch die Erwerbsarbeit während des Entwicklungsalters Schaden nehmen kann, glaube ich durch meine Untersuchungen an Textilarbeiterinnen nachgewiesen zu haben. Die durch gewisse Arbeitsverrichtungen bedingte einseitige Inanspruchnahme der am Becken ansetzenden Rumpf- und Oberschenkelmuskulatur im Verein mit dem seitlichen Druck der Oberschenkelknochen gegen den Beckenring bei anhaltendem Stehen und Arbeiten in gestreckter und überstreckter Haltung ist sehr wohl geeignet, formend auf das noch nicht voll ausgebildete und zur Verknöcherung gelangte Becken nach der Richtung des allgemein verengten und des platten Beckens zu wirken.

Meine Erhebungen an 3165 Geburten der Jahre 1924—1926 haben nicht nur einen höheren Prozentsatz von operativen Geburten bei den arbeitenden Frauen gegenüber dem Volksdurchschnitt festgestellt, sondern auch steigende Ziffern, je nachdem die Arbeitsweise eine sitzende oder eine stehende ist und die höchste Operationsziffer bei denjenigen Arbeiterinnen, welche schon im 14. Lebensjahre in den Betrieb eingetreten sind und ihre Arbeit im Stehen verrichten.

Die in folgender Tabelle aufgeführten Ziffern sind durchaus vergleichbar, daher statistisch zulässig, weil sie an Menschen gewonnen sind, welche derselben sozialen und beruflichen Schicht angehören:

	sitzend	stehend	seit dem 14. Lebensjahre arbeitend
Zangenentbindungen.....	4.6%	6.9%	14.68%
Schnittentbindungen.....	0.3%	0.6%	1.02%

Danach sind von den Arbeiterinnen mit sitzender Arbeitsweise 4.6%, von denen mit stehender Arbeitsweise 6.9% und von denjenigen, welche seit dem 14. Lebensjahre in der Textilindustrie tätig sind, 14.68% mit Zange entbunden worden. Für die Schnittentbindung lauten diese Ziffern 0.3%, 0.6% und 1.02%.

Die Zunahme der Operationsnotwendigkeit ist nicht anders zu erklären, als durch ein Mißverhältnis von Kind und Becken. Da aber die Erwerbsarbeit auf die Entwicklung des Kindes einen ungünstigen Einfluß ausübt in dem Sinne, daß die Kinder untergewichtig geboren werden, so kann an dem Mißverhältnis nur die Größe und Form des Beckens schuld sein.

Die Beeinflussung der Beckenform durch übermäßige Inanspruchnahme der das Becken begrenzenden Muskulatur, wie ich sie in meiner Arbeit in Einzelheiten ihrer Funktion dargestellt habe, liegt auch durchaus in dem

[1] Max Hirsch: Beckenbildung und Berufsarbeit. Arch. f. Frauenkunde u. Konstitutionsforschung Bd. 13. 1927.

Digitized by Google

Bereich der Wahrscheinlichkeit, solange das Becken noch nicht vollkommen konsolidiert ist.

Neuerdings liefert Westenhöfer[1] zu dieser Frage reiches und beweiskräftiges phylogenetisches Material und bestätigt meine Ableitungen, die ich durch Analogieschluß aus dem Erwerb des aufrechten Ganges und seines Einflusses auf die Beckenform gemacht habe. Die Wirkung der hieran beteiligten Rumpfmuskulatur ist ähnlich der bei gewissen Arbeitsverrichtungen in gewerblichen Betrieben.

Im übrigen wird die Hemmung des Beckenwachstums von vielen Untersuchern, insbesondere von Teleky zugegeben. Auch Geller gibt sie zu, betrachtet sie aber nicht direkt als abhängig von der gewerblichen Arbeit, sondern sieht in ihr eine Folgeerscheinung der durch die Erwerbsarbeit gehemmten geschlechtlichen Entwicklung.

Neuere Untersuchungen über die Auflockerung und Spaltbildung der Symphyse während der Schwangerschaft lassen die Möglichkeit zu, daß die Inanspruchnahme der Muskeln auch während der Schwangerschaft Einfluß auf die Beckenform ausübt. Man darf annehmen, daß diese Auflockerung auch die Ileosakralgelenke trifft. Diese sind aber der klinischen Untersuchung nicht in dem Maße zugänglich, wie die Symphyse.

Ja man darf vielleicht annehmen, daß eine gewisse Auflockerung der Beckengelenke auch während jeder Menstruation stattfindet.

Durch diese Auflockerungsvorgänge sind vielleicht die sonderbaren Messungsergebnisse von Geller zu erklären, welcher nur 50% normal große Becken bei 19—20jährigen nicht schwangeren Frauen, dagegen 90% bei schwangeren Frauen gefunden hat. Geller erklärt das durch ein Weiterwachsen des Beckens während der Schwangerschaft, wobei natürlich den auf dem Becken aufgelagerten Haut-, Fett- und Muskelbedeckungen eine gewisse Rolle zukommt. Sicher aber wird auch die Auflockerung der Beckengelenke daran beteiligt sein. Diese Dinge berühren heißt ebenso viele Fragen aufwerfen.

Untersuchungen von Erismann[2], Weissenberg[3], Kaup[4] und Teruoka[5] haben gezeigt, welche Anforderungen in den Jahren des Wachstums an den Organismus, besonders der weiblichen Jugendlichen gestellt werden, und in welchem Maße die Fabrikarbeit und insbesondere die Textilarbeit hemmend wirkt.

[1] Westenhöfer: Die Stellung des menschlichen Beckens in der Wirbeltierreihe. Arch. f. Frauenkunde u. Konstitutionsforschung Bd. 15. 1929.

[2] Erismann: Körperliche Entwicklung der Fabrikarbeiter 1899.

[3] Weissenberg: Das Wachstum des Menschen 1911.

[4] Kaup: Konstitution und Umwelt im Lehrlingsalter 1922.

[5] Teruoka: Die Frau in der Industrie und ihre gesundheitliche Lage. Arch. f. Frauenheilkunde u. Konstitutionsforschung 1926.

Digitized by Google

Wer sich mehr in diese Fragen vertiefen will, sei auf die untenstehenden Arbeiten[1] verwiesen.

Nach alledem kann kein Zweifel sein, daß die Erwerbsarbeit weiblicher Jugendlicher im Alter von 14—18 Jahren das körperliche Wachstum und die Funktion der Genitalorgane in solchem Sinne beeinflußt, daß die Mutterschaftsbefähigung Schaden nimmt.

Was wir über die Entwicklung des jugendlichen Körpers wissen, sind nur sehr lückenhafte Kenntnisse. Das ist mit Bezug auf die spätere Mutterschaftsleistung und ihre Beurteilung von großem Nachteil. Um diese Lücken auszufüllen, wäre die Vertiefung des schulärztlichen Dienstes von Wichtigkeit. Den Frauenarzt geht insbesondere die Ausbildung der Geschlechtscharaktere, die Entwicklung der Genitalorgane und des knöchernen Beckens an, über deren Verlauf ein zusammenhängendes Bild bisher nicht gewonnen ist. Der Frauenarzt, welcher Mutterschaftsfürsorge treiben will muß wissen, wie es um die Frauen bestellt ist, bevor sie in das Fortpflanzungsleben eintreten.

Reifezeit ist Krisenzeit, ist Schonzeit.

Der Mutterschaftsfürsorge erwächst die Aufgabe, ihre Bemühungen auf die jugendlichen Altersklassen, insbesondere die jugendlichen Arbeiterinnen auszudehnen und um Abstellung aller derjenigen Mißstände bemüht zu sein, welche die spätere Mutterschaftsleistung beeinträchtigen.

Auf Grund der bisher gemachten Feststellungen wird von der Gesetzgebung verlangt werden müssen:

1. Ärztliche Überwachung der jugendlichen Arbeiterinnen in Stadt und Land.
2. Verkürzung der Arbeitszeit und Verlängerung der Arbeitspausen.
3. Heraufsetzung des Schutzalters auf das 18. Lebensjahr.
4. Verbot der Nachtarbeit, der Sonnabendnachmittag- und der Sonntagarbeit.
5. Verbot der Akkordarbeit Jugendlicher.
6. Drei Wochen Arbeitsurlaub für 14- bis 16jährige, 2 Wochen für 16- bis 18jährige.
7. Ausbau der Erholungshilfe.

Beispielgebend dafür ist England, wo die Schutzbestimmungen für

[1] Max Hirsch: Beckenbildung und Berufsarbeit. Arch. f. Frauenkunde Bd. 13. 1927.

Küstner: Fortpflanzungsschädigung der erwerbstätigen Frau. Leipzig 1930.

Teleky-Weickert-Geller-Neumann-Beintker: Die Wirkungen der Fabrikarbeit der Frau auf die Mutterschaft 1930.

Digitized by Google

jugendliche Arbeiterinnen bis zum 18. Lebensjahre reichen und wo 2 Stunden Pausen für die Textilfabriken und $1^1/_2$ Stunden für andere Betriebe vorgeschrieben sind.

Neben einer vernünftigen Arbeitszeitordnung bedarf es der Tauglichkeitsuntersuchung vor Eintritt in die Arbeit und der Entscheidung über Voll- oder Halbtagsarbeit. Ferner müssen periodische Untersuchungen vorgenommen werden, um die Einpassung der jugendlichen Arbeiterinnen in den Beruf zu prüfen und die Berufsschäden rechtzeitig zu erkennen.

Die Mutterschaftsfürsorge muß Sorge tragen, daß die Fortpflanzungsfähigkeit nicht schon in der Jugend verdorben wird.

Daß alle Ursache besteht, mit unseren weiblichen Jugendlichen als den Müttern der kommenden Generation sehr pfleglich umzugehen, zeigt der Gesundheitszustand, in welchem sie die Schule verlassen und in das Erwerbsleben eintreten.

Berufsschwach sind in Preußen 28%, in Deutschland 29%, also $^1/_3$ der Schulentlassenen. Davon die Hälfte weiblich. Die übrigen $^2/_3$ gehen direkt in die Arbeit.

Nach Berichten aus Hamburg, Nürnberg, Breslau, Köln, Düsseldorf, Neuß, Trier, Frankfurt sind rund 10% der Volksschulabsolventen überhaupt berufsunfähig.

Angesichts der Tatsache, daß viele Schulentlassene völlig berufsunreif in das Erwerbsleben eintreten, wäre die Verlegung der Schulpflicht um 1 Jahr durchaus annehmbar. Im Anschluß daran ein hauswirtschaftliches Volljahr, Frauendienstpflicht usw.

Man wird es begründen können, daß die 14jährigen Mädchen in Zukunft der Berufsarbeit fern gehalten werden.

§ 3 Ziffer 6 des Reichsgesetzes für Jugendwohlfahrt bestimmt, daß zu den Aufgaben des Jugendamtes die Mitwirkung bei der Beaufsichtigung der Arbeit von Kindern und jugendlichen Arbeitern nach näherer landesrechtlicher Vorschrift gehört.

Der Fürsorge für schulentlassene, noch nicht berufsreife Mädchen dienen:

Aufnahme in Arbeitserholungsfürsorge, in Berufserziehungsheime zur körperlichen und geistigen Pflege, zur praktischen Arbeit und zum theoretischen Unterricht (Immenhof, Heuberg, Jannowitz, Bolko, Lohme, Auerswalde, Senne, Zinnowitz und andere mehr). Einweisung in Landdienststellen.

Erholungsurlaub von 4—8 Wochen auf ärztlichen Antrag muß gewährt werden, ohne daß die Lehrzeit dadurch verlängert wird. Berufsschule und Arbeitgeber müssen sich darauf einstellen. Die Verbringung des Erholungsurlaubes müßte in besonderen Jugenderholungsheimen vor sich

Digitized by Google

gehen. Nicht in Heimen, in denen auch Erwachsene unterkommen, damit dem Geist des jugendlichen Alters Rechnung getragen werden kann.

Neben dem Erholungsurlaub kommt der Erholungspflege eine wichtige Aufgabe zu. Sie umfaßt alle diejenigen Maßnahmen, welche dem Zweck dienen, den gesunden Jugendlichen gesund und leistungsfähig zu erhalten. An diesem Punkt der Fürsorge wird ein wichtiges volksgesundheitliches Kapital verwaltet, dessen Zinsen in Ersparnissen bestehen, welche die Versicherungsträger an Krankheits- und Invaliditätskosten machen, und an welchen auch die Mutterschaftsfürsorge hervorragend beteiligt ist.

Die Erholungsfürsorge nutzt besonders der jugendlichen Arbeiterin gegen die erhöhte Krankheitsbereitschaft ihrer Pubertätsjahre. Ruhepausen, Erfrischung und Erholung durch Bad, Sport und Spiel, Ferienurlaub, Wandern und Jugendherbergen sind hierher gehörige Mittel.

Sowohl in der Landwirtschaft, wie in Handel und Industrie hat man Unterbringungsmöglichkeiten für erwerbsbeschränkte Jugendliche aufgemacht: Unterbringung in Lehrstellen, in Erziehungsheimen und Erholungskolonien.

In den Heimen läßt sich die Vorbereitung auf das Berufsleben mit der gesundheitlichen Förderung verbinden. Solche Heime erhalten durch die produktive Arbeit der Insassen pekuniäre Unterstützung.

Die Krankenkassen sind die hauptsächlichsten Träger dieser Fürsorge. In welchem Maße sie schon jetzt Aufwendungen im Sinne der Erholungsfürsorge für Jugendliche im Alter von 14—18 Jahren machen, sei durch folgende Mitteilung des Hauptverbandes der deutschen Krankenkassen für das Jahr 1928 erläutert, welcher 152 Krankenkassen mit 3334195 Mitgliedern zugrunde liegen:

35 Kassen haben 3047 Jugendliche in eigenen Kassenheimen,

57 Kassen haben 1053 Jugendliche in fremden Heimen untergebracht.

97 Kassen haben Zuschüsse und Beihilfen an andere Stellen für Versendung von Jugendlichen gezahlt. Der Gesamtkostenaufwand dieser Erholungsfürsorge betrug 771384 M.

Neben diesen Spezialaufgaben bedarf es einer Pubertätsfürsorge in großem Maßstabe.

Körperliche Fehlentwicklungen allgemeinen und genitalen Ursprungs, psychosexuelle Abweichungen, Krankheitsanlagen und Krankheitsanfänge können zur Beeinträchtigung der Mutterschaftsbefähigung Anlaß werden. Rechtzeitige Entdeckung, Beratung und Befürsorgung kann dem entgegenwirken.

Mit zunehmender Fortbildungsschulpflicht muß es gelingen, die im Entwicklungsalter stehenden Jugendlichen durch die Berufs- und Fachschulen

Digitized by Google

restlos zu erfassen und zu befürsorgen. Das Schularztsystem muß auf sie ausgedehnt werden. Zu seinem Pflichtenkreis gehört sodann:

1. Die gesundheitliche Überwachung dieser Altersklassen.
2. Die sexualhygienische Aufklärung.
3. Die Berufsberatung.
4. Die Erforschung der Einwirkungen der Berufsarbeit auf die Jugendlichen.
5. Die körperliche Ertüchtigung.

Die von Kaup geforderte Organisation einer Konstitutionspflicht für beide Geschlechter muß gefördert werden, wobei durch Differenzierung und Individualisierung von Leibesübungen und Werkarbeit Harmonie und Ausgleich in den Beziehungen des Geistes und des Körpers unserer Jugend geschaffen werden soll.

4. Die Leibesübungen

Im Rahmen der Mutterschaftsfürsorge muß deswegen auch des Sportes und der Leibesübungen gedacht werden, und zwar sowohl ihrer günstigen, als ihrer nachteiligen Einwirkungen auf Mutterschaftsbefähigung und Mutterschaftsleistung.

Auszugehen ist von der Tatsache, daß alle Bestrebungen auf dem Gebiete des Sports und der Leibesübungen, welche der Kräftigung des Körpers dienen, zu begrüßen sind als Abwehrmittel gegen die gesundheitlichen Nachteile, welche das deutsche Volk durch Krieg und Nachkriegszeit, durch Hungerblockade und seelische Not erlitten hat, und welche sich beim weiblichen Geschlecht insbesondere durch Blutarmut, genitale und allgemeine Entwicklungsstörungen (Amenorrhoe, Hypoplasie, Asthenie, Infantilismus) bemerkbar machen.

Alle Maßnahmen, welche diese Mängel zu beseitigen trachten, dienen der Mutterschaftsfürsorge.

Aber gerade auf dem Gebiet des Sports sind auch Erscheinungen aufgetreten, welche den Frauenarzt nachdenklich machen müssen, weil sie geeignet sind, die Mutterschaftsbefähigung zu beeinträchtigen. Diese Bedenken treffen weniger die Leibesübungen als das Wettkampfwesen und die sportlichen Höchstleistungen.

Das Gebiet des Sportes und der Leibesübungen ist erst vor wenigen Jahren von der preußischen Medizinalverwaltung aufgenommen worden. Die Unterlagen zur Nutzbarmachung der Leibesübungen für die Mutterschaftsfürsorge müssen erst geschaffen werden. Mehr noch als auf anderen Gebieten fehlt es hier an der wissenschaftlichen Erforschung der Einwir-

Digitized by Google

kung der Leibesübungen auf die Fortpflanzungsleistung: auf Empfängnisfähigkeit, Schwangerschaft und Geburt.

Auch die sportliche Konstitutionshygiene harrt noch der Begründung. Es läßt sich noch gar nicht absehen, in welcher Weise diejenigen Reize auf die Schwangerschaft einwirken, welche mit den Leibesübungen verbunden sind, wie etwa Abhärtung der Haut durch Luft und Sonne, Einwirkung klimatischer Einflüsse, Bewegungsspiele im Freien, Waldlauf, Schwimmen, Turnen, Wintersport usw. Noch weniger Erfahrungen liegen vor über den Einfluß aller dieser Dinge auf den Ablauf der Geburt.

Es wird zukünftiger Forschung vorbehalten sein, festzustellen, welche Übungsarten als nützlich, welche als schädlich anzusehen sind. Unter Einrechnung personaler Verschiedenheiten des Körperbaus und der Erregbarkeit. Sowohl für den wissenschaftlichen wie für den praktisch-hygienischen Zweck wird die Verbindung der Mutterschaftsfürsorge mit einer sportärztlichen Beratungsstelle in die Wege geleitet werden müssen. Man wird zunächst diejenigen Beratungsstellen heranziehen müssen, welche bereits in Gemeinden, an Hochschulen und in Vereinen bestehen.

Wie auf vielen anderen Gebieten, hat auch auf dem der Leibesübungen und des Sports das Bestreben des weiblichen Geschlechts, es dem Manne gleich zu tun, verhängnisvolle Wirkungen ausgeübt. Die Geschlechtsunterschiede der äußeren und inneren Organe, des Knochensystems, der Muskulatur, der Lungen, des Herzens sind für die gymnastische Betätigung, welche die zweckmäßige Zusammenarbeit aller Organe und Organsysteme zum Ziele hat, unbedingt zu berücksichtigen. Während die Gymnastik für die Betätigung der Muskeln und Gelenke durch Steigerung der Körperbewegung derart sorgt, daß möglichst viele Organe zur Leistungsvermehrung angeregt werden, zielt der Sport auf eine einseitige Ausbildung einzelner Körperteile ab. Schon daraus geht hervor, daß die sportliche Betätigung während der Schwangerschaft und während des Wochenbetts überhaupt nicht in Frage kommt.

Sport mit Wettkampf und Höchstleistung kann nicht Mittel der sozialen Hygiene sein. Anders Gymnastik und Turnen. Erstere, deren Ziel Durchbildung des Körpers im ganzen und in seinen Teilen ist, dient der Vorbeugung, der Heilung und der Ästhetik. Dasselbe Ziel verfolgt das Turnen durch Gemeinschafts- und Massenübung.

Die Gymnastik der Mädchen und Frauen bezweckt Zufuhr von Sauerstoff zu den Organen, Kräftigung des Herzens und der Blutgefäße, Anregung der Magen- und Darmtätigkeit, Übung der Muskulatur, insbesondere des Bauches, des Rückens, des Beckenbodens und der Beine, Entspannung der verkrampften Muskeln und Gelenkbänder.

Bei Übung der Bauchmuskeln darf nicht vergessen werden, daß das

Digitized by Google

weibliche Becken von Natur eine stärkere Neigung hat als das männliche, wodurch der Druck des Bauchinhaltes auf den Beckenboden geringer, auf die Bauchwand stärker ist. Beckenneigung und Lendenbiegung erfahren im Reifungsalter zusammen mit dem Rumpflängenwachstum die stärkste Zunahme. Das ist bei der Gymnastik besonders zu bedenken. Wird bei Übung die Beckenneigung verstärkt, so findet ein Verdrängen des Bauchinhaltes gegen die Bauchdecken, eine Erschlaffung der Bauchmuskeln statt, und es tritt Enteroptose, Hängeleib, Diastese der Bauchwand ein.

Unter diesem Gesichtspunkt ist die Feststellung von Geller-Neumann[1] beachtenswert, wonach die schwangeren Textilarbeiterinnen viel häufiger als andere Schwangere an Hängeleib leiden:

Textilarbeiterinnen	9 %
Arbeiterinnen	4 %
Hausangestellte	3 %
Hausfrauen	0,6%

Ich führe das auf die Arbeitsweise im Stehen zurück, welche durch Anspannung des Ileopsoas und des Multifidus eine Vermehrung der Beckenneigung und der Lendenlordose verursacht.

Diesem Haltungsverfall muß die Gymnastik entgegenzuwirken bemüht sein.

Eine besondere Form der Konstitutionsschwäche bei Jugendlichen ist durch erhöhte Reizbarkeit des vegetativen Nervensystems gekennzeichnet und mit Verkrampfung und Krampfneigung der Muskulatur verbunden. Gymnastik muß dagegen die Fähigkeit zum Ausruhen und zur Entpsannung der Muskulatur bezwecken. Mit der Konstitutionsschwäche verbunden ist meist ein Rückbleiben der Entwicklung des Herzens, welchem besonders durch Vertiefung der Atmung beizukommen ist. Hier ist Vorsicht geboten.

Liegen, Gehen und Stehen muß von den meisten Menschen erst gelernt werden, wenn Ruhestellung der nicht beschäftigten Muskeln erreicht werden soll.

Der knöcherne Beckenring ist kein starres Gebilde, sondern kann beweglich gemacht werden. Heben und Senken des vorderen Beckenrandes bedingt Bewegung in den Kreuz- und Darmbeingelenken. Durch Senken wird der gerade Durchmesser des Beckens von 10 auf 10,15 cm vergrößert. (Walchersche Hängelage.) Durch Heben des vorderen Beckenrandes ebenso wie durch starkes Beugen der Oberschenkel wird der gerade Durchmesser verkleinert.

Diese Übungen, ebenso wie der sogenannte Hüftsprung, dienen also dazu, die Beckengelenke und ihren Haftapparat zu lockern. Sie verdienen be-

[1] l. c.

Digitized by Google

sondere Berücksichtigung im Pubertätsalter und in den ersten Monaten der Schwangerschaft. Den Hüftsprung freilich darf die schwangere Frau nicht unternehmen.

Auch das Schwingen der Beine nach vorn und hinten beim Feststand des anderen nicht schwingenden Beines dient der Lockerung der Beckenbandapparate. Auch diese Übung ist besonders bei Jugendlichen und in den ersten 4 Monaten der Schwangerschaft auszuführen.

Immerhin erfordern alle diese die Beckenmuskeln beanspruchenden Übungen eine gewisse Vorsicht, weil durch Überanstrengung in den Zeiten des jugendlichen Knochenwachstums und vielleicht auch in den Zeiten der Auflockerung der Beckengelenke Formänderungen des Beckenringes im Sinne der Abflachung eintreten können.

Rückenschwäche und Haltungsfehler sind bei Mädchen häufiger als bei Knaben. F. A. Schmidt hat 1906 in einer Bonner Volksschule festgestellt:

	bei Knaben	bei Mädchen
Skoliose	13.5%	32.6%
Runder Rücken	17.5%	15.2%

Pölschau zählte 1905:

	bei Knaben	bei Mädchen
Haltungsfehler des Rückens	52.1%	59.3%

Lubinus (Kiel) zählte:

	bei Knaben	bei Mädchen
Rückgratverkrümmungen	6%	20%

Die Zeit der Menstruation ist Schonzeit. Springen, Geräteturnen, Übungen mit ruckartigen Bewegungen, mit Kraftentfaltung, Rumpfübungen mit Biegen und Drehen, Erschütterungen des Körpers sind zu vermeiden. Auch in den der Menstruation vorangehenden Tagen. Wohl aber können Arm- und Beinübungen und ruhige Dauerübungen vorgenommen werden.

Die Gymnastik im Wochenbett hat auf Kräftigung der Bauch- und Beckenbodenmuskulatur und in späterer Zeit auf Verhütung des Fettansatzes abzuzielen.

Die Gymnastik in der Schwangerschaft besteht:

1. In den ersten 3 Monaten in Atemübungen im Liegen, Stehen und Knien. Da die im Liegen am leichtesten auszuführen sind, ist mit ihnen zu beginnen. Diese Atemübungen bezwecken vermehrte Zufuhr von Sauerstoff zur Förderung der Aufbauvorgänge im mütterlichen Organismus, der Neubildung des mütterlichen Blutes, des endokrinen Stoffwechsels und der Leistungsfähigkeit des Lebensnerven. Die Sauerstoffzufuhr dient auch der Beschleunigung der Abbauvorgänge.

Die Atemgymnastik dient ferner der Weitung des Brustkorbes, der Übung

Digitized by Google

der Atemmuskeln, der interkostalen Muskeln und des Zwerchfells und vertieft auf diese Weise die Atmung, welche durch Ausschaltung der Bauchpresse in den späteren Monaten der Schwangerschaft verflachen würde.

Die vermehrte Zufuhr arteriellen Blutes bringt großen Nutzen besonders für diejenigen Organe, welche ohnehin durch den veränderten Stoffwechsel stark belastet sind. In erster Linie Leber, Nieren und Haut, von deren Tüchtigkeit die Entgiftung des schwangeren Organismus abhängt.

Die Leber muß als das lebenswichtigste Organ während der Schwangerschaft betrachtet werden, dessen Leistungsfähigkeit durch die vielfachen Umsetzungsvorgänge, wie Bereitung der Galle, Speicherung und Verarbeitung des Zuckers, Spaltung des Fettes, Bereitung des Harnstoffes, Blutbildung und Blutauflösung, Abfuhr aller Auflösungs- und Abfallstoffe aus dem Körper aufs höchste angespannt wird.

Die Beanspruchung der Nieren äußert sich schon unter normalen Verhältnissen durch die erhöhte Durchlässigkeit für Zucker und in weiterer Steigerung für Eiweiß.

Als entgiftendes Organ kommt auch der Haut, welche nicht nur vermöge ihres Drüsenreichtums die Abfuhr der Stoffwechselprodukte besorgt, sondern auch als Wärmeregulator in das Geschehen eingreift, eine wichtige Rolle zu.

Teigige Schwellung der Haut infolge von Wasserstauung im Unterhautzellgewebe, Erregbarkeit der Schweißdrüsen, Verfärbung und Ausschläge sind Zeichen der erhöhten Inanspruchnahme.

Die Untüchtigkeit der genannten drei Organe, Leber, Niere und Haut, spielt bei der Eklampsie eine ursächliche Rolle.

Diesen Mängeln kann durch vermehrte Sauerstoffzufuhr entgegengewirkt werden.

Die Atembewegungen müssen selbsttätig vor sich gehen. Es wird gesagt, daß bei Anstrengung des Willens und der Aufmerksamkeit durch Reizung des Hirnstammes der Blutdruck erhöht und damit die Widerstände verstärkt werden, welche das Herz zu überwinden hat.

2. Vom 4. Monat ab Übung der Beckenbodenmuskulatur durch Spreizen und Schließen der Beine gegen Widerstand, durch Beckenheben und -senken, durch Überstreckung der Wirbelsäule, durch Einziehen und Loslassen des Afters. Diese Übungen sind im Liegen auszuführen. Sie im Stehen vorzunehmen, erscheint mir nicht ratsam.

Diese Übungen dienen ferner dazu, die Lendenwirbelsäule, welche bei Männern 31.7%, bei Frauen 32.2% der gesamten Länge der Wirbelsäule beträgt, beweglich zu machen. An ihr setzen die schrägen Bauchmuskeln mit ihren Faszien und das Zwerchfell an. Also Muskeln, welche die Inhaltsschwankungen des Brustkorbs bei der Atmung und die Weiterstellung in

Digitized by Google

der Schwangerschaft mitmachen. An ihr setzen ferner an: der Ileopsoas, der Quadratus lumborum und der Erector trunci. Muskeln, welche durch ihr Zusammenspiel die Haltungsform der Lendenwirbelsäule bestimmen. Angesichts der starken Lordose der weiblichen Wirbelsäule und ihrer kompensierenden Zunahme während der Schwangerschaft ist die Übung zwecks Beweglichmachung der Lendenwirbelsäule durch Beugen und Strecken der Oberschenkel, durch Spreizen und Kreuzen der Beine von besonderer Bedeutung.

Die Beckenbodenmuskulatur soll nicht atrophisch, aber auch nicht hypertrophisch oder gar rigide sein, wie sie es durch Reiten im Herrensattel wird und durch Skiabfahren mit gespreizten und einwärts gedrehten Beinen. Die Muskulatur des Beckenbodens muß elastisch sein, ein gutes Spannungs- und Entspannungsvermögen haben. Das entspricht am besten den Anforderungen der Geburt.

3. Die Bauchmuskeln durch Rumpfübungen während der Schwangerschaft zu beeinflussen, halte ich für gefährlich. Das Aufrichten und Niedersenken des Rumpfes aus der Horizontalen und zurück, das Vorwärts- und Rückwärtsbeugen des Oberkörpers im Stehen ist verboten. Dagegen empfiehlt sich zur Beseitigung des Hohlkreuzes, zur Beweglichmachung der Lendenwirbel und der Kreuz- und Darmbeingelenke das Abgleiten des nach hinten gewölbten Rückens an einer senkrechten Wand und das Schaukeln auf dem durch Verankerung der Hände unter den Knien herausgewölbten Rücken auf dem Fußboden. Diese Übungen dürfen nur bis zum 4. Monat fortgesetzt werden.

4. Übungen der Beine durch Beugen und Strecken, Spreizen und Überkreuzen im Liegen und Stehen fördert den Rückfluß des Blutes und dient der Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur.

5. Fußübungen dienen der Verhütung des in der Schwangerschaft sich leicht ausbildenden Senkfußes.

6. Wichtig bei allen Übungen ist das Entspannungsmoment, welches dazu dient, die Muskulatur nachgiebig zu machen.

Man sagt, daß auch die Schwangerschaftsstreifen durch systematische Leibesübungen verhindert werden können.

Ein wichtiger Gesichtspunkt bei der Bewertung der Gymnastik in der Schwangerschaft sind die Krampfadern. An ihrer so häufigen und lästigen Ausbildung wirken viele Umstände zusammen. Nicht nur die erhöhte Blutmenge in der unteren Körperhälfte und ihr erschwerter Rückfluß, welcher mit der erst langsam sich anpassenden Herztätigkeit und in den späteren Monaten mit dem Druck der großen und mit großen Blutmassen gefüllten Gebärmutter auf die Blutsäule des Unterkörpers zusammenhängt, sondern auch die Schwächung, um nicht zu sagen Schädigung der Gefäßwände

Digitized by Google

durch Abfallstoffe im Blute wirken als Ursache für die Erweiterung der Blutgefäße zusammen. Die Schwäche der Gefäßwände führt zu leichterer Durchgängigkeit, welche durch den vermehrten Säure- und Wassergehalt des Blutes gefördert wird. Diesen Schädigungen kann durch sorgsam darauf abgestimmte Leibesübungen entgegengewirkt werden.

Bedenkt man schließlich, daß der gesamte Stoffwechsel während der Schwangerschaft darauf abgestellt ist, Vorräte an wichtigen Aufbaustoffen für Gebärmutter, Fruchtkuchen und Kind anzusammeln, wie Eiweiß, Fette, mineralische Stoffe, und alles das in höherem Maße als dem Aufbaubedürfnis entspricht, was durch Zunahme der Körperfülle der schwangeren Frau zum Ausdruck kommt, so wird der Nutzen der Leibesübungen während der Schwangerschaft noch mehr ersichtlich.

Als Dauerübungen kommen nur die ruhigen Dauerübungen in Betracht: Gehen und Wandern. Nicht dagegen die beschleunigten Dauerübungen oder gar die Schnelligkeitsübungen.

7. Auszuschließen in der Schwangerschaft sind Rudern, Radfahren, Skilaufen. Dagegen ist mäßiges Bergsteigen und Schwimmen in den ersten 4 Monaten erlaubt. Der geübten Schwimmerin wird die Zeit sogar länger bemessen werden können. Auch gegen den Tanz in seiner Gegenwartsform sind Einwendungen nicht zu erheben, wenn er auf die ersten Schwangerschaftsmonate beschränkt wird. Hier können seine Schreitübungen und seine Rhythmik sogar von Nutzen sein.

8. Es muß bedacht werden, daß stets ein gewisser Kraftvorrat für die besondere Aufgabe der Frau, den Aufbau des Kindes, übrig bleibe. Darum verbieten sich beschleunigte Dauerübungen, Schnelligkeitsübungen, Höchstleistungen usw. Diese müssen dem Berufssport vorbehalten sein. Kraftübungen kommen in der Schwangerschaft nicht in Frage. Ebenso wie alle Pressungen des Bauches vermieden werden müssen. Der Halt der Bauchdecken beruht nicht allein auf der Kraft der Bauchmuskeln, sondern auf dem Zusammenspiel ihrer Spannung mit der des Bauchinhaltes. Daher wäre die einseitige Kräftigung der Bauchmuskeln durch direkte Übungen verkehrt.

Man könnte einwenden, daß die Schwangerschaft ein natürlicher Vorgang sei, und daß es der Nachhilfe durch Leibesübungen nicht bedürfe. Dieser Einwand aber geht an der Tatsache vorüber, daß die Frau den Anforderungen des Fortpflanzungslebens nicht mehr mit derselben Anpassungsfähigkeit und Widerstandskraft gegenübersteht wie in früheren Zeiten. Die grundlegende Änderung ihrer Lebenslage hat ganz natürlicherweise auch eine Änderung ihrer Leistungsfähigkeit für naturgegebene Vorgänge im Gefolge gehabt. Es wäre merkwürdig, wenn es anders wäre.

Die Mutterschaftsfürsorge wird die Leibesübungen unter den von ihr er-

Digitized by Google

faßten Mädchen und Frauen organisieren müssen. Etwa durch Gruppenkurse, Turnriegen usw. Ich sehe in der Gymnastik ein verheißungsvolles Mittel generativer Ertüchtigung.

Die Mutterschaftsfürsorge muß mit der Deutschen Hochschule für Leibesübungen Fühlung nehmen. Diese hat Hausfrauen- und Mütterlehrgänge eingeführt, welche unter Leitung eines Hochschularztes stehen, um die neuzeitlichen Leibesübungen auch im Hause heimisch zu machen.

Ärztliche Vorträge über „Hausfrauenkrankheiten und ihre Verhütung", „Bewegungsreiz und Körperwachstum in der Kindheit und im Entwicklungsalter", „Leibesübungen und Mutterschaft", „Bedeutung und Technik der Abhärtung", „Gesunde Ernährung" geben die Grundlagen für die praktischen Übungen. Die Einteilung in Leistungsgruppen hat gezeigt, daß auch die über 40 Jahre alten Frauen zu ihrem Recht kommen und ohne Überanstrengung frisch und bewegungsfreudig werden.

Die praktischen Übungen geben Bewegungs- und Körperschulung durch Gymnastik, Lauf- und Ballspiel, leichtathletische und Bodenübungen. Sie sollen später Anwendung im Alltag und in der Kindererziehung, in gesunder Arbeitsbewegung und täglicher Ausgleichsgymnastik finden können.

Literatur

Sieber: Ist Gymnastik in der Schwangerschaft angezeigt? Stuttgart 1929.
Joh. Müller: Eignung der Mädchen und Frauen für Leibesübungen. Leipzig 1927.
Lisa Mar: Hausarbeit als Gymnastik. Stuttgart 1930.
Westmann: Die Frauengymnastik und ihre Beziehung zur Heilkunde. Med. Klinik 1927, Nr. 32/33.
— Frauenkörper und Sport. Leipzig 1930. (Monographie zur Frauenkunde Nr. 13.)
Sellheim: Hygiene und Diätetik der Frau. München 1926.
— Frauenturnen und Frauensport. Deutsche Zeitschr. f. öffentl. Gesundheitspfl. 1927, Heft 1—4.
Düntzer und Hellendall: Einwirkungen der Leibesübungen auf weibliche Konstitution, Geburt und Menstruation. Münch. med. Wochenschr. 1929, Nr. 44.
A. Glucker: Körperschönheit durch Körpertraining. Stuttgart 1930.

5. Die Unfruchtbarkeit

Der Mutterschaftsfürsorge im engeren Sinne obliegt auch die Bekämpfung der Unfruchtbarkeit. Bei Feststellung der Ursache darf die Untersuchung des Mannes nicht versäumt werden, da er in mehr als der Hälfte der Fälle durch Entwicklungsmängel, Azoospermie, Nekrospermie, Impotenz an der Sterilität der Frau beteiligt ist.

Die Sterilitätsursache der Frau beruht auf Entwicklungshemmungen der Genitalorgane, auf Lageveränderungen, innersekretorischen Störungen, Störungen des Scheidenchemismus und in 20% der Fälle auf entzündlichen Prozessen. Über den Einfluß des gewohnheitsmäßigen Genusses narkotischer

Digitized by Google

Mittel, sowie des Alkohols und Nikotins sind die Erfahrungen noch wenig gesichert[1].

Die Einkindsterilität ebenso wie die Sterilität nach dem ersten Abort beruht zum überwiegenden Teile auf gonorrhoischer und auf puerperaler Infektion.

Allen diesen Störungen wird die Mutterschaftsfürsorge die Aufmerksamkeit zuzuwenden und insbesondere bei Feststellung der Gonorrhöe als Ursache sich der Überweisung an die Fürsorgestelle für Geschlechtskranke zu widmen haben. Sie kann ferner durch Belehrung, Eheberatung und Eheeignungsprüfung vorbeugend wirken.

Diejenigen entzündlichen Veränderungen, welche durch Infektion nach Abort und nach Entbindung stattfinden und zur sekundären Sterilität führen, bilden ein dankbares Gebiet der Mutterschaftsfürsorge. Hiergegen werden alle Maßnahmen angewendet werden müssen, welche der Verhütung des Abortes, des gewollten und ungewollten, sowie der Fürsorge für Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen dienen.

Soweit die Sterilität durch gewerbliche Schädigungen verursacht wird, ist die Fürsorge gewerbegynäkologischer Art und muß auf Abstellung der Berufsschäden bedacht sein.

6. Die Überfruchtbarkeit

Es könnte absurd erscheinen, daß in einer Zeit, in welcher die Geburtenzahl sinkt, die Überfruchtbarkeit besprochen wird. Aber ihre sozialpathologischen Erscheinungen sind immerhin derart, daß sie nicht übergangen werden darf, wenn von Mutterschaftsfürsorge die Rede ist. In der Frage der Geburtenregelung gewinnt sie praktische Bedeutung.

Es kann geradezu als Gesetz bezeichnet werden, daß überall da, wo die Geburtenziffer am höchsten ist, auch der Verlust an mütterlichen und kindlichen Leben am größten ist. So kamen in den Jahren 1901—1910[2] auf 1000 Einwohner in:

Länder	Lebendgeborene	Sterbefälle	Geburtenüberschuß	Länder	Lebendgeborene	Sterbefälle	Geburtenüberschuß
Rußland.....	46.7	29.9	16.8	Niederlande ..	30.5	15.2	13.5
Serbien.....	38.9	23.4	15.5	Preußen	33.5	18.4	15.1
Rumänien	39.8	25.8	14.0	Deutschland ..	32.9	18.7	14.1
Ungarn.....	37.0	25.7	11.3	Dänemark	28.6	14.2	14.6
Österreich	34.7	23.3	11.4	England	27.2	15.4	11.8

[1] Agnes Bluhm: Zum Problem: Alkohol und Nachkommenschaft. 1930.
Vögel: Über den Einfluß des chronischen Narkotikagebrauchs auf die Funktionen der weiblichen Genitalien. Arch. Frauenkde. u. Konst.-Forschg. Bd. XV (1929).
Max Hirsch: Leitfaden der Berufskrankheiten der Frau, 1919.

[2] Grotjahn: Soziale Pathologie 1923.

Digitized by Google

Die Unproduktivität der Überfruchtbarkeit haben Prinzing und Brupbacher durch folgende Zusammenstellungen nachgewiesen.

Nach Prinzing[1] waren von 100 Geborenen totgeboren bei der

	in Zürich 1886—1890	in Berlin (Ehel. 1900—1902 Kinder)
1. Geburt	5.1	3.3
2. bis 3. „	3.8	2.8
4. „ 6. „	4.6	3.1
7. „ 9. „	5.8	3.8
10. „ 12. „	7.9	4.1
13. und mehr Geburten ...	8.4	7.5

Daraus ist das wichtige Ergebnis zu gewinnen, daß am günstigsten die Kinder der 2. und 3. Geburt stehen, danach die der 4.—6. Diese immer noch günstiger als die Erstgeborenen.

Dasselbe Ergebnis haben die Zusammenstellungen von Brupbacher[2] über 26000 Geburten ergeben. Die Kindersterblichkeit betrug bei Kindern der

1. Geburt.....	22.0%	7. Geburt	31.1%
2. „	20.0%	8. „	33.2%
3. „	21.2%	9. „	36.2%
4. „	23.2%	10. „	41.3%
5. „	26.3%	11. „	51.4%
6. „	28.9%	12. „	59.7%

Also auch hier schneiden die 2. und 3. Geborenen am besten ab.

Zieht man noch die sehr bedeutenden Untersuchungen von C. Hamburger über den Zusammenhang von Konzeptionsziffer und Kindersterblichkeit in großstädtischen Arbeiterkreisen heran, so kann man sehr wohl R. Lewinsohn[3] zustimmen, welcher in Anlehnung an das Gesetz vom abnehmenden Bodenertrag von einem Gesetz vom abnehmenden Konzeptionsertrag spricht.

Man kann also das Kapitel der Überfruchtbarkeit dahin zusammenfassen, daß die Aussichten der 3 ersten Geburten und unter ihnen die der 2. und 3. Geburt am besten sind. Diese Kenntnis ist für die Geburtenregelung durch die Mutterschaftsfürsorge von Wichtigkeit.

7. Fortpflanzungsregelung, Eheberatung

Während noch am Ende des vorigen Jahrhunderts und um die Jahrhundertwende die außerordentliche Zunahme der Bevölkerung um jährlich 800—900000 Menschen, der wirtschaftliche Aufschwung und der wachsende

[1] Prinzing: Die Ursachen der Totgeburt. Allg. statist. Arch. 1907, Bd. 7.

[2] Brupbacher: Kindersegen und kein Ende? München 1909.

[3] In Grotjahn: Soziale Pathologie 1923.

Digitized by Google

Reichtum die günstigsten Aussichten für Deutschlands Zukunft erweckten und scheinbar das Recht verliehen, sich über jeden Mißbrauch von Menschenkraft, wie er z. B. in der hohen Säuglingssterblichkeit zum Ausdruck kam, hinwegzusetzen, haben der in den letzten Jahren vor dem Kriege und ganz besonders nach dem Kriege erschreckend zunehmende Geburtenrückgang und der wirtschaftliche Niedergang die Lage von Grund auf geändert. Heute ist es dringend notwendig geworden, mit jedem Menschenleben, besonders aber mit der Frauenkraft und der Fortpflanzungsleistung, so sparsam wie möglich umzugehen.

So wünschenswert es ist, daß es gelingen möge, den immer fortschreitenden Rückgang der Geburten aufzuhalten, so glaube ich doch aussprechen zu müssen, daß bei der Lage, in der das deutsche Volk sich gegenwärtig befindet, auf eine Erhöhung der Geburtenziffer kaum zu rechnen ist. Um so mehr muß es Pflicht einer Staatsleitung und einer Gesundheitsverwaltung sein, die Fortpflanzungsleistung der Frau in dem Umfange, in welchem sie dargeboten wird, mit jedem erdenklichen Schutz zu umgeben.

Auf das Fragegebiet, dessen Grenzen mit dem Worte „Geburtenrückgang" gezogen sind, kann hier nicht eingegangen werden. Nur der Standpunkt des Verfassers sei ausgesprochen, daß die Geburtenpolitik des deutschen Volkes auf das Ziel der Erhaltung des Volksbestandes in seiner jetzigen Zahl abgestellt sein muß. Damit ist das quantitative Maß der Fortpflanzungsleistung gegeben, an welchem die Mutterschaftsfürsorge sich zu orientieren hat, wenn sie über die Sorge um die Einzelmutterschaft hinaus, dem politischen Bevölkerungsproblem sich zuwenden will.

Das deutsche Volk hält gegenwärtig bereits tief unter dieser Linie der Fortpflanzungsleistung, welche zur Bestanderhaltung notwendig ist. Burgdörfer[1] berechnet — unter Nichtberücksichtigung der unehelichen Fruchtbarkeit — die zur Erhaltung des Volksbestandes notwendige Kinderzahl mit 3,4 und stellt diesem „Soll" eine tatsächliche Gebärleistung der verheirateten Frau von 2,94 Geburten gegenüber.

Ich stehe auf dem Boden derjenigen Auffassung, welche der preußische Minister für Volkswohlfahrt in seiner Denkschrift „Der Geburtenrückgang in Deutschland, seine Folgen und seine Bekämpfung" vom Oktober 1928 ausgesprochen hat: „Eine Regierung, die an die Zukunft denkt, muß gegen weiteren Geburtenrückgang ankämpfen; es muß unter allen Umständen wenn nicht eine Erhöhung, so doch eine Stabilisierung der Geburtenzahl angestrebt werden. Denn eine mäßige Vermehrung der Bevölkerung, zum

[1] Burgdörfer: Der Geburtenrückgang und seine Bekämpfung. Die Lebensfrage des deutschen Volkes. Veröff. aus dem Gebiete d. Medizinalverwalt. Bd. 28, Heft 2 (1929).

Digitized by Google

mindesten aber die Erhaltung der Volksziffer auf der erreichten Höhe bildet die wichtigste Aufgabe des Staates, der gegenüber alle anderen Staatsaufgaben an Bedeutung zurücktreten."

Diese Forderung hat nur dann sittliche Berechtigung, wenn alle Hindernisse weggeräumt werden, welche der Mutterschaft entgegenstehen, und wenn für kinderreiche Familien hinreichend gesorgt wird.

Wie sehr gerade die außerhäusliche Beschäftigung Mutterschaft und Kindesaufzucht erschwert, mag an dem Beispiel der Textilindustrie gezeigt werden.

Nach der Erhebung des Deutschen Textilarbeiterverbandes, deren ärztliche Bearbeitung mir übertragen war, hatten über die Hälfte der Arbeiterinnen schulpflichtige Kinder, und zwar:

26413 = 57.4% verheiratete oder verheiratet gewesene Frauen hatten 47854 unerwachsene Kinder (= Kinder unter 14 Jahren):

13497 = 51.1%	hatten	1 Kind
7512 = 28.4%	„	2 Kinder
3401 = 12.9%	„	3 „
1310 = 5.0%	„	4 „
692 = 2.6%	„	5—9 Kinder

Von den Kindern stehen:

7.1%	im	1.	Lebensjahre	} 31.8%
8.5%	„	2.	„	
4.3%	„	3.	„	
3.4%	„	4.	„	
3.7%	„	5.	„	
4.8%	„	6.	„	
6.8%	„	7.	„	
8.8%	„	8.	„	
8.9%	„	9.	„	
9.3%	„	10.	„	
9.6%	„	11.	„	
9.0%	„	12.	„	
8.3%	„	13.	„	
7.6%	„	14.	„	

Diese Arbeiterinnen sind von der dreifachen Sorge um Lohnarbeit, Hauswirtschaft und Mutterpflicht belastet.

Von den Kindern mußten während der Arbeitszeit zurückgelassen werden:

unbeaufsichtigt	35%
bei den Großeltern	23%
bei Verwandten	14%
in Heimen	6%
anderwärts untergebracht	22%

Was das für den sozialen Wert der Kinder bedeutet, erweist eine Erhebung, der 749 Akten der Deutschen Zentrale für Jugendfürsorge in

Digitized by Google

Berlin zugrunde liegen. Es zeigt sich dabei, daß 89% aller kriminellen Jugendlichen aus Familien stammen, in denen die Mutter tot, krank oder erwerbstätig ist. Es ergibt sich dabei folgendes Bild:

Mutter fehlt ganz	in	86 Fällen	= 17.3%
Mutter krank	in	56 „	= 11.4%
im Hause berufstätig	in	50 „	= 10.3%
stundenweise außer dem Hause tätig	in	85 „	= 17.3%
den ganzen Tag außer dem Hause berufstätig	in	118 „	= 24.0%
berufstätig ohne nähere Angabe	in	24 „	= 5.0%
eigenes Geschäft		17 Fälle	= 3.7%
berufslos, gesund		54 „	= 10.0%
		490 Fälle	= 100.0%
ohne Angabe über die Berufstätigkeit der Frau		65 Fälle	
ohne Angabe der häuslichen Verhältnisse		194 „	
		749 Fälle	

In 60.3% aller Fälle war die Mutter außerhäuslich berufstätig; nur 10% der Gesamtzahl arbeiteten zu Hause als Heimarbeiterinnen, Kundennäherinnen oder -wäscherinnen, die übrigen 50% waren mehr oder weniger lange Zeit dem Hause durch ihre Berufstätigkeit ferngehalten. Von den gesunden Berufslosen entfiel ein großer Teil auf besonders kinderreiche Familien, in denen Armut und bedrängte Wohnverhältnisse ein ungünstiges Milieu schufen, auch wohl eine Reihe von Fällen von sittlich ganz tief stehenden Familien, in denen die Kraft zu regelrechter Berufsarbeit nicht mehr aufgebracht wurde.

Wirtschaftliche Lage und Gesundheit der Familie sind von ihrer Kopfzahl abhängig[1]. Eine Steigerung derselben über das wirtschaftlich zulässige Maß hinaus muß ein Absinken der Familien in Notstand und asoziales Verhalten zur Folge haben. Dem muß die Fürsorge Rechnung tragen. Dagegen dürfen die Prohibitionsmaßnahmen nicht zu einer uferlosen Beschränkung des Nachwuchses führen. Diese findet ihre Grenze an dem Gemeinwohl, welche zum mindesten Erhaltung des Volksbestandes erheischt. Das heute übliche Zweikindersystem würde schon nach ca. 70 Jahren eine Verminderung der Volkszahl auf $^2/_3$ herbeiführen.

Die Bestanderhaltung erfordert, daß in der überhaupt fruchtbaren Ehe mindestens 3 Kinder über das 5. Lebensjahr hinaus aufgezogen werden. Gleichwohl kann die soziale Indikation zur Geburtenbeschränkung nicht entbehrt werden. Sie ernst und sachlich anzuwenden ist Aufgabe der Mutterschaftsfürsorge.

Ebenso dringend ist die Aufgabe der Mutterschaftsfürsorge mit Bezug auf die Regelung der Geburten nach ihrer zeitlichen Folge.

[1] Max Hirsch: Fruchtabtreibung, Präventivverkehr und Geburtenrückgang. 1913.

Digitized by Google

Die Geburtenregelung durch die Mutterschaftsfürsorge wird also zweierlei Art sein:

1. Schutz der mütterlichen Gesundheit durch Verhütung zu schneller Aufeinanderfolge der Geburten (medizinische Indikation).

2. Schutz der vorhandenen Kinder und ihrer Erzeuger durch Beschränkung der Nachkommenschaft auf dasjenige Maß, welches wirtschaftlich tragbar ist. Die Geburtenregelung muß also in ständiger Rücksichtnahme auf die Lebensverhältnisse der Frau und der Familie getrieben werden (soziale Indikation).

3. Dazu kommt als dritte Aufgabe der Geburtenregelung diejenige, welche die Verhütung kranker, minderwertiger und asozialer Nachkommenschaft bezweckt (eugenetische Indikation).

Um das zuerst genannte Ziel: Schutz der mütterlichen Gesundheit durch Verhütung zu schneller Aufeinanderfolge der Geburten zu erreichen, verdient als natürliches Mittel die Brustnahrung des Neugeborenen genannt zu werden. Wenn das Nähren auch nicht als absoluter Schutz gegen Empfängnis betrachtet werden darf, so ist es doch festgestellte Tatsache, daß sie die Empfängnis erschwert.

Zwischen Stilldauer und Geburtenhäufigkeit besteht ein zweifelloser Zusammenhang. In dem Sinne, daß die letztere um so kleiner ist, je länger das Stillen dauert. In diesen Zusammenhang ordnet sich, wie bereits an früherer Stelle gesagt ist, auch die Säuglingssterblichkeit ein, so daß alle drei Faktoren eng verbunden sind. Derart, daß bei zunehmender Stillhäufigkeit und Stilldauer Geburtenzahl und Säuglingssterblichkeit absinken.

Über die künstlichen Verhütungsmittel hier zu sprechen ist nicht beabsichtigt.

Geburtenregelung ist zum ersten Male in planvoller Weise von dem Verband der Krankenkassen Berlins in die Wege geleitet worden. Hier sind seit Juli 1928 Sexual- und Eheberatungsstellen eingerichtet, um den Frauen, welche wegen Krankheit oder aus sozialen oder aus eugenetischen Gründen die Fortpflanzung zu beschränken wünschen, die Mittel hierfür mitzuteilen und zu verabreichen.

Dr. Alice Vollnhals, die Leiterin der Schwangerenfürsorge des Verbandes der Krankenkassen Berlins, umschreibt die Aufgabe dieser Sexual- und Eheberatungsstellen folgendermaßen:

1. Die Frauen vor der Abtreibung zu bewahren.
2. Sie vor Krankheit zu schützen.
3. Sie im Interesse des Eheglücks zu beraten.
4. Aus eugenischen Gründen die Fortpflanzung zu regeln.
5. Die vielgeplagten Ehefrauen von Trinkern vor zu häufigen Schwangerschaften zu schützen.

Digitized by Google

6. Die Frau, die bereits einmal unehelich geboren hat, vor neuem Elend zu bewahren.
7. Die Zwischenpausen zwischen zwei Geburten so zu regeln, daß die Frau Zeit hat, sich zu erholen, und insbesondere den Säugling ausreichend stillen kann.

Man kann sich mit dieser Zielsetzung durchaus einverstanden erklären.

Diese Beratungsstellen sind im Gegensatz zu solchen an anderen Orten dazu übergegangen, antikonzeptionelle Mittel in notwendigen Fällen zu verordnen und zu verabreichen.

Auf der Internationalen Konferenz für Geburtenkontrolle, welche 1930 in Zürich stattfand und die sich ausschließlich mit medizinisch-technischen Fragen beschäftigte und der Öffentlichkeit nicht zugänglich war, wurde auf die Wandlung der öffentlichen Meinung in England hingewiesen, wo jetzt die Bischofsversammlung der Hochkirche die Geburtenkontrolle unter gewissen Voraussetzungen für annehmbar erklärt, und das Gesundheitsministerium den Gemeinden erlaubt hat, öffentlich Mittel für Geburtenkontrolle, allerdings nur aus gesundheitlichen Gründen, zur Verfügung zu stellen[1].

Auch der § 218, welcher die Fruchtabtreibung unter Strafe stellt, muß insofern als ein Mittel der Mutterschaftsfürsorge betrachtet werden, als er die Unterbrechung der Schwangerschaft zu hindern, die Mutterschaft zu fördern, Krankheit, Unfruchtbarkeit und Tod durch heimliche Eingriffe zu verhüten strebt.

Die Ehrlichkeit aber fordert festzustellen, daß er diese Absichten des Gesetzgebers nicht, sehr oft sogar das Gegenteil erreicht. Er übt insofern zweifellos einen Mutterschutz aus, als er der schwangeren Frau gegenüber dem Ansinnen des Schwängerers, insbesondere des unehelichen, die Schwangerschaft zu beseitigen, Rückhalt verleiht. Ein Ansinnen, welches viel häufiger und nachdrücklicher gestellt werden würde, wenn die Schwangerschaftsunterbrechung straffrei wäre.

Es muß aber aus dem Gesichtspunkte der Mutterschaftsfürsorge mit aller Entschiedenheit betont werden, daß ein Staat, welcher seine schwangeren Bürgerinnen und seine Mütter in Not läßt, das Recht verwirkt, die Fruchtabtreibung zu verbieten und den Geburtenrückgang zu beklagen. Dieses Recht erwächst ihm erst aus der lückenlosen Fürsorge, welche er jeder hilfsbedürftigen Mutter und ihrem Kinde angedeihen läßt.

Es muß festgestellt werden, daß die Frage der gesetzlichen Regelung der Fruchtabtreibung bisher ein ungelöstes Problem ist.

Mir scheint, daß die Aussichten der quantitativen Bevölkerungspolitik wenig günstige sind, solange die seelische Einstellung zum Kinde sich nicht ändert, und die wirtschaftlichen Möglichkeiten keine besseren

[1] Siehe dagegen die jüngste Encyklika des Papstes über die Ehe.

Digitized by Google

Zukunftsaussichten eröffnen. Um so größeres Augenmerk sollte die Mutterschaftsfürsorge der Qualität des Nachwuchses zuwenden und einen Betätigungszweig ausbilden, welcher der Beratung über die Gesundheitseignung der Ehepartner und der Zeugung gesunder und hochwertiger Nachkommenschaft gilt.

Will die Mutterschaftsfürsorge auf den menschlichen Erbgang Einfluß zu gewinnen suchen, so hat sie zwei Zeitpunkte oder Gelegenheiten hierfür zur Hand: die Gattenwahl und die Zeugung.

Mit der Frage nach der Gattenwahl[1] werden alle diejenigen Untersuchungen und Bemühungen und die sie umgrenzenden Fragenkreise zur Erörterung gestellt, welche mit den Worten „Eheberatung" und „Heiratszeugnis" umschrieben sind.

Das Problem der zielbewußten Zeugung schließt den großen Fragenkreis der Konzeptionsverhütung und der Schwangerschaftsunterbrechung unter medizinischen, sozialen und eugenetischen Gesichtspunkten ein. Somit also auch diejenige Fortpflanzungsregelung, welche die Erzeugung von körperlich und geistig Geringwertigen verhindert und diejenige der Tüchtigen und Hochwertigen fördert. Stehen schon die Eheberatungsstellen dieser Aufgabe deswegen zum Teil gebunden gegenüber, weil die sie aufsuchenden Menschen meist schon verheiratet sind, so sind die Mutterschaftsfürsorgestellen noch schlechter daran, weil sie meist erst nach stattgehabter Empfängnis aufgesucht zu werden pflegen.

Die Umweltbedingungen sind nur ein und zwar der sekundäre Faktor, welcher in der Erkrankung des Einzelmenschen und in den krankhaften Erscheinungen von Menschengruppen wirksam ist. Der andere, der primäre Faktor sind die menschlichen Erbanlagen, und zwar sowohl die des Einzelmenschen wie die der Familien, Sippen, Völker und Rassen. Diese in der Erbmasse liegenden und das Schicksal der Menschen geradezu entscheidenden Bedingungen sind viel schwerer erkennbar als die Umwelteinflüsse. Sie sind auch viel schwerer, ja zum Teil gar nicht der ärztlichen Einwirkung zugänglich. Sie sind nur so weit Gegenstand ärztlichen Einflusses, als ihre Wiederholung und Häufung durch Berücksichtigung eugenetischer Gesichtspunkte vermieden werden können.

Ein wesentlicher Teil dieser Abhandlung befaßt sich mit den Umwelteinflüssen auf Mutter und Kind. Er versucht zu zeigen, wie durch ihre Besserung Schäden vermieden werden können. Es ist ersichtlich, daß schon dadurch die Erbanlagen des befürsorgten Menschen in der Richtung beeinflußt werden, daß ungünstige Einwirkungen ihnen ferngehalten, günstige auf sie gelenkt werden. Dadurch können schlechte Erbanlagen in ihrer

[1] Max Hirsch: Die Gattenwahl. Leipzig 1923.
Max Hirsch: Das ärztliche Heiratszeugnis. 1922.

Digitized by Google

Auswirkung gehindert, gute gefördert werden. So ist man berechtigt zu sagen, daß die geschilderten Fürsorgemaßnahmen schon einen Teil praktischer Eugenetik ausmachen.

Was aber im folgenden versucht werden soll, ist die Beantwortung der Frage, in welchem Maße, mit welchen Aussichten und mit welchen Mitteln die Mutterschaftsfürsorge direkten Einfluß auf die Erbanlagen gewinnen und zur Verbesserung der Erbmasse des Volkes beitragen kann.

Daß dieses Ziel zu den Aufgaben der Mutterschaftsfürsorge gehört und, wenn es Wege zu ihm gibt, recht eigentlich Wesen und Kern der Mutterschaftsfürsorge ausmacht, darüber dürfte kein Zweifel sein.

Wenn wir uns dieser Frage zuwenden, so muß der Blick rein auf die beim Menschen beobachteten Vererbungserscheinungen gerichtet sein. Die Lehren der experimentellen Erbbiologie werden als bekannt vorausgesetzt und aus der Betrachtung fortgelassen. Ganz abgesehen davon, daß, wenn sie auch die gedanklichen und theoretischen Grundlagen aller Erbbetrachtungen beim Menschen bilden, aus ihnen doch für den menschlichen Erbgang vorerst kein praktischer Nutzen erwächst.

Über diese Fragengebiete in ihrem ganzen Umfang und in ihrer ganzen Tiefe sich ausbreiten, hieße Abhandlungen schreiben, welche zu selbständigem Werke anwüchsen. In diesem Zusammenhange muß die Aufgabe so umgrenzt werden, daß einige praktische Maßnahmen genannt werden, welcher sich die Mutterschaftsfürsorge bedienen kann.

Es ist die sozialhygienische Methode der Eugenetik, mit deren Hilfe die Mutterschaftsfürsorge an die Arbeit gehen muß, um die Erbmasse des Volkes zu erhalten oder gar zu bessern. Oder, mit anderen Worten, die Wiederholung und Vermehrung schlechter Erbanlagen zu verhindern.

Um den Menschen die Möglichkeit der Unterweisung zu geben, sind Eheberatungsstellen eingerichtet worden, deren Zweck ursprünglich im wesentlichen das Heiratsgutachten und die Beantwortung der Frage sein sollte, welche Gefahren durch die Eheschließung für den Ehebewerber, für den anderen Ehegatten und für die Nachkommenschaft entstehen.

Da ich auf diesen Fragengebieten zu den ersten Bearbeitern gehört habe,[1] muß es mir gestattet sein, mich auf eigene Untersuchungen und Veröffentlichungen zu beschränken, ohne daß daraus eine Geringschätzung oder ein Nichtwissen wertvoller Mitarbeit abgeleitet werden soll.

Die dem Ehebewerber drohenden Gefahren entspringen denjenigen organischen und funktionellen Minderwertigkeiten, welche mit Wesen und Zweck der Ehe unvereinbar sind und zu schweren Beeinträchtigungen der Gesundheit des Eheschließenden, seiner Erwerbsfähigkeit und Lebensdauer und im weiteren Verlauf zur seelischen und wirtschaftlichen Zerrüttung der Ehe führen.

[1] s. Anm.: S. 54.

Digitized by Google

Diesen Gefahren ist besonders der weibliche Partner ausgesetzt wegen der Belastung durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Auf die ernsten Zusammenhänge, welche zwischen den gestativen Vorgängen auf der einen und der Lungentuberkulose, den Herz-, Leber- und Nierenkrankheiten, den Erkrankungen des Blutes und des Stoffwechsels auf der anderen Seite bestehen, kann in diesem Zusammenhange nur hingewiesen werden, da es sich um Fragestellungen handelt, welche die gesamte Physiologie und Pathologie der Ehe angehen. Auch die Hemmungsbildungen der weiblichen Genitalien, von der genitalen Hypoplasie bis zum allgemeinen Infantilismus, seien nur genannt.

Als Paradigma diene der Diabetes.

Dem Manne, welcher als Diabetiker in die Ehe tritt, droht schon im frühen Stadium und auch bei gutem Kräftezustand die Impotenz. Nach von Noorden sind 43% der im zeugungsfähigen Alter stehenden Diabetiker impotent. Man muß mit Martius annehmen, daß sie mit einer angeborenen Minusvariante des männlichen Geschlechtsapparates behaftet sind. Auch die Erwerbsfähigkeit und die Lebensdauer des diabeteskranken Mannes sind erheblich gefährdet. Für die Beurteilung der Ehefähigkeit kommen in Betracht: Das Alter des Untersuchten, der bisherige Verlauf der Krankheit, das Vorhandensein von zufälligen und von diabetogenen Komplikationen, Arbeitsüberlastung, Möglichkeit der Kräfteschonung, der Erholung, der diätetischen Lebensweise.

Die Gefahren, welche der Frau durch die Ehe aus dem Diabetes drohen, liegen auf dem Gebiete der Fortpflanzungstätigkeit. Bei dem Diabetes der jugendlichen Personen besteht nicht selten genitale Hypoplasie, deren Ursache in einer Störung des Zusammenspiels der innersekretorischen Drüsen zu suchen ist. Aus demselben Grunde weisen diabeteskranke Frauen einen hohen Prozentsatz von primärer Sterilität auf. Auch die Schwangerschaftsbefähigung ist erheblich herabgesetzt, was durch die Höhe der Abortziffer zum Ausdruck kommt. Ist die Schwangerschaft über den 5. Monat hinausgediehen, so ist sie kaum noch gefährdet. Dagegen droht der diabeteskranken Frau eine verhängnisvolle Rückwirkung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett auf Gesundheit und Leben. Selbst die rechtzeitig eingeleitete Fehl- und Frühgeburt kann diese üble Wirkung und den letalen Ausgang oft nicht verhüten. Was die Schwangerschaft nicht zerstört hat, vollenden Geburt, Wochenbett und Stillgeschäft. Letzteres muß selbst in leichtesten Fällen verboten werden. Die Mortalität der Graviden mit Diabetes kann auf 20 bis 30%, die der Kinder bei schweren Fällen der Mutter auf 50 bis 60% berechnet werden. Deswegen ist der Standpunkt Winters nicht zu billigen, welcher die Unterbrechung der Schwangerschaft nur beim Ausbruch schwerer Acidosis, bei toxischer Nephrose und bei drohendem Koma zubilligen will und zunehmende Zuckerausscheidung, Abmagerung und andere diabetische Folgen noch nicht für ausreichend hält. Dieser Standpunkt würde wohl mit großen Opfern an mütterlichem und kindlichem Leben bezahlt werden müssen.

Da diabeteskranke Frauen nur selten konzipieren, so kommt es um so mehr darauf an, diejenigen, welche konzipieren, vor Lebensgefahr zu bewahren.

Hier wird die Eignungsprüfung vor der Eheschließung die drohende Gefahr rechtzeitig erkennen und durch sachgemäße Beratung verhüten können.

Als Beispiel für die Gefahren, welche dem anderen Ehepartner

Digitized by Google

aus der Eheschließung drohen, sollen als besonders schwerwiegend die Geschlechtskrankheiten kurz erläutert werden.

Gewiß ist nicht zu leugnen, daß auch der mit offener Lungentuberkulose behaftete Ehepartner den andern ernstlich gefährdet, daß auch das genitale Karzinom gelegentlich zur Infektion beim Geschlechtsakte führt, daß aus der Impotenz, sexuellen Perversionen, gewissen Nerven- und Geisteskrankheiten des einen Ehegatten dem anderen Gefahren drohen. Aber diese treten doch an Bedeutung weit zurück hinter den Gefahren der geschlechtlichen Infektion und ihren Folgeerscheinungen.

Über die Größe dieser Gefahr braucht kaum ein Wort verloren zu werden, denn die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten ist den Ärzten bekannt. Nur um das Risiko der Frauen im Augenblick der Eheschließung zu kennzeichnen, sei erwähnt, daß von 300 die Poliklinik wegen anderer Leiden aufsuchenden Männern nur 14,7% im Harnbefund völlig einwandfrei und gesund gewesen sind. 54,33% hatten Fäden und Leukozyten im Urin, 27,7% Schleim und Epithelien, 3,3% Gonokokken.

Wenn es also auch nur gelingen sollte, diese 3,3% bei der Eignungsprüfung vor der Eheschließung zu entdecken, so wäre damit allein schon das Heiratszeugnis gerechtfertigt.

Unter den Folgen der gonorrhöischen Infektion belastet die Sterilität die Ehe aufs schwerste und bedeutet dazu eine ernste Schädigung der Allgemeinheit. Von den rund 500000 Ehen, welche durchschnittlich im Jahre in Deutschland geschlossen werden, sind 100000 steril; davon 25 bis 30% wegen Tripperinfektion der Frau und noch einmal 25% wegen Azoospermie des Mannes. Wenn das Heiratszeugnis dazu führt, von diesen 55% sterilen Ehen auch nur einen Teil zu verhüten, so wird es wiederum vollauf gerechtfertigt sein.

Schwer in die Wage fällt noch die Gefahr, welche dem Augenlicht der Neugeborenen tripperkranker Mütter droht. Von den 36000 Blinden, welche in Deutschland gezählt werden, sind 30% durch Gonorrhöe verursacht.

Über die Gefährdung des anderen Ehegatten durch die syphilitische Infektion braucht gleichfalls hier nicht viel gesagt zu werden.

Finger hat 1700 Schwangerschaften in Ehen zusammengestellt, von denen ein Teil, meist der Mann, syphilitisch ist.

34% davon führen zu Fehl- und Totgeburten, 90% der ausgetragenen Kinder sterben, 56% innerhalb des ersten Lebensjahres, 10% überleben, davon leiden zwei Drittel an Nerven- und Geisteskrankheiten als Folge der Erbsyphilis.

Während die durchschnittliche Sterilitätsziffer der Gesamtbevölkerung 15% beträgt, ist die paralytischer Männer 33%, die paralytischer Frauen 47%.

Von den unheilvollen Nachkrankheiten, welche Gesundheit und Lebensleistung zerstören, soll hier nicht gesprochen werden.

Aus allen diesen Angaben, welche noch um viele eindringliche Statistiken vermehrt werden könnten, geht klar hervor, daß Eignungsprüfung und Eheberatung einen großen Teil des Unglücks verhüten können, sei es durch Rat zum Aufschub der Ehe bis zum Ende sachgemäßer Behandlung, sei es durch sorgfältige Beobachtung während der Schwangerschaft und andere Mittel generativer Prophylaxe.

Die Erörterung der dritten Frage, welche Gefahren der Eheschließung für die Nachkommenschaft entstehen, hieße die gesamte menschliche Vererbungslehre aufrollen. Davon kann hier keine Rede sein. Es kann sich nur um Andeutungen handeln.

Digitized by Google

Um die Größe der Gefahr und die Notwendigkeit ihrer Bekämpfung darzulegen, sei gesagt, daß es in Deutschland rund 1 Million Gebrechliche gibt. Davon sind 75% zur Fortpflanzung untauglich, da sie ihr Leiden erblich erworben haben und es mit größter Wahrscheinlichkeit in irgendeiner Form an die Deszendenz weitergeben.

Es muß zugegeben werden, daß unsere Kenntnisse über menschliche Vererbungslehre noch durchaus lückenhaft und von einer gesetzlichen Formulierung weit entfernt sind. Biologische Regeln sind stets nur auf statistische Mittelwerte bezogen. Entscheidend ist die Frage, ob es Krankheiten und Zustände gibt, deren unheilvolle Anlage unter allen Umständen vererbt wird. Diese Frage ist unbedingt zu bejahen; das ist heute unbestreitbares Ergebnis der exakten Biologie.

Will man einen Gradmesser für die Wertung dieser Krankheitszustände bei der Eheschließung haben, so tut man gut, nach dem Vorbilde von Weygandt sie in 2 Gruppen einzuteilen, wobei im wesentlichen nur die Geisteskrankheiten berücksichtigt sind.

1. Bedenkliche Krankheiten und Zustände:
   a) Psychosen in der Aszendenz und Deszendenz;
   b) Alkoholiker und Epileptiker ohne Geistesstörung;
   c) Neurotiker und Hysteriker, Chorea und Basedow, Tetanie und Kinderlähmung, schwere innersekretorische Störungen, wie Diabetes.
2. Unratsame Krankheiten und Zustände:
   a) Geisteskranke;
   b) psychisch Bedrohte, welche selbst eine Psychose gehabt haben oder von Jugend auf schwachsinnig sind;
   c) sexuell Perverse;
   d) geistesgestörte Trinker, Morphinisten, Kokainisten, Hysteriker und Epileptiker;
   e) familiäre Nervenkrankheiten (progressive Muskelatrophie und Dystrophie, Thomsensche Myotonie, Friedreichsche Ataxie).

Der mit einer bedenklichen Anlage behaftete Ehekandidat wird einen vollkommen gesunden und von kranker Anlage freien Partner unbedenklich heiraten können. Nicht dagegen einen Partner, welcher gleichfalls zur Gruppe der Bedenklichen gehört, am allerwenigsten, wenn die Anlage gleichsinnig ist. Den zur Gruppe „unratsam" gehörenden Personen ist die Ehe unter allen Umständen zu verbieten, auch wenn der andere Ehepartner gesund ist.

Dieses im wesentlichen auf die Nerven- und Geisteskrankheiten zugeschnittene Schema wird naturgemäß künftig um andere erbliche Krankheiten, wie Augenkrankheiten usw., vermehrt werden müssen, um als Grundlage für die Eheberatung zu dienen. Dann wird den Eheberatern die Möglichkeit gegeben sein, die andere Frage des Heiratsgutachtens zu beantworten, welche Belastung auf seiten des anderen Ehepartners besonders bedenklich erscheint, ob der Untersuchte ohne Bedenken heiraten dürfe, oder ob die Eheschließung aufgeschoben werden solle.

Mit Nachdruck sei betont, daß es dem freien Ermessen des Untersuchten überlassen bleibt, welche Folgerungen er aus dem Ergebnis der Eignungsprüfung ziehen, und ob er auf den Austausch des Ehezeugnisses mit dem anderen Ehepartner bestehen will.

Eheeignungsprüfung und Fortpflanzungsregelung sind ein integrierender Teil der Mutterschaftsfürsorge, wie sie verstanden und getrieben werden muß.

Digitized by Google

Die Beschränkung auf die Eheeignungsprüfung allein, wie sie der Erlaß des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt[1] anempfiehlt, wird den Forderungen der Gegenwart nicht gerecht. Aber auch nicht dem Hauptzweck des Erlasses selbst, welcher die Erzielung eines gesunden und hochwertigen Nachwuchses erstrebt. Dieser Zweck kann nicht oder nur sehr unvollkommen erreicht werden, wenn er sich beschränkt auf die Prüfung von Ehebewerbern auf gesundheitliche Eignung zur Ehe und auf die bei der Eheschließung aufzuwerfende Frage, ob und inwieweit bei der Ehe und bei der Erzeugung von Nachkommenschaft etwa vom Standpunkt der Vererbungslehre gewisse Gefahren drohen.

Wenn diese Beschränkung deswegen abgelehnt wird, weil die Fortpflanzungsregelung über den Vorgang der Eheschließung weit hinausgreift und Beratung während der ganzen Zeit der Fortpflanzungsbereitschaft im Sinne der Mutterschaftsfürsorge fordert, so muß auf der anderen Seite doch dasjenige, was heute als Eheberatung getrieben wird, als eine Abirrung und Verirrung gekennzeichnet werden.

Aus dieser Darstellung geht hervor, wie eng die Eheberatung mit der Mutterschaftsfürsorge verbunden ist. Die weitere Begründung, warum ich es für wünschenswert und notwendig halte, die Eheberatung ganz in der Mutterschaftsfürsorge aufgehen zu lassen, wird auf Seite 185ff. gegeben werden.

Mit Eheberatung und Fortpflanzungsregelung ist der Mutterschaftsfürsorge zugleich die wichtige Aufgabe in die Hand gegeben: das Verantwortungsgefühl der Menschen für die geistige und seelische Beschaffenheit des Nachwuchses wachzurufen. Es soll nicht nur der Wille zum Kinde, sondern der Wille zum gesunden, sozial wertvollen Kinde geweckt werden. Dabei mag die Mutterschaftsfürsorge sich darauf beschränken, alle diese Verantwortungen auf den Einzelmenschen und den Bereich der Familie einzustellen und von der Verkettung an Gemeinschaftsgefühl und Staatsrücksichten ganz abzusehen. Deren Nutzen und Förderungen stellen sich von selbst ein, wenn für den Einzelmenschen in geschilderter zweckvoller Weise gesorgt wird[2].

Diese Beschränkung gilt nicht für die staatliche Fürsorge im großen

[1] Max Hirsch: Der Erlaß des Preuß. Ministers für Volkswohlfahrt über die Eignungsprüfung bei der Eheschließung und über das Heiratszeugnis. Med. Klinik 1926, Nr. 22 u. 23.

[2] Max Hirsch, Die rassenhygienische Indikation in der gynäkologischen Praxis. Mschr. Geburtsh. 43 (1913). Die soziale und eugenetische Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft. Dtsch. med. Wschr. 1918. Frauenheilkunde und Bevölkerungspolitik. Mschr. Geburtsh. 49 (1919). — Das ärztliche Heiratszeugnis, seine wissenschaftlichen und praktischen Grundlagen 1921. — Die Legalisierung des ärztlich indizierten Abortus unter besonderer Berücksichtigung eugenetischer Gesichtspunkte. Arch. Frauenkde. u. Konstit.-Forschg. 11 (1925).

Digitized by Google

und allgemeinen. Diese hat die wichtige erzieherische Aufgabe, das eugenetische Gewissen der Menschen zu wecken und auf die Volksgemeinschaft zu lenken. Sie hat ferner die Aufgabe, durch großzügige geburtenpolitische Maßnahmen die asozialen Elemente wie Geisteskranke, Verbrecher und Dirnen aus dem Fortpflanzungsprozeß durch Verwahrung und Unfruchtbarmachung auszuschalten, die Fortpflanzung der tüchtigen und begabten zu ermöglichen und durch Übernahme der Aufzuchtkosten auf die Schultern der Allgemeinheit zu fördern.

Um der Aufgabe der Fortpflanzungsregelung gerecht zu werden, muß der die Mutterschaftsfürsorge ausübende Arzt mit den Methoden der Empfängnisverhütung vertraut und imstande sein, in jedem Falle das geeignete Mittel zu wählen und zu raten.

Allgemein sei hier der Grundsatz aufgestellt, daß die Verantwortung für die Präventivmethoden des geschlechtlichen Verkehrs dem Manne zukommt. Aus dem einfachen Grunde, weil das einzig ungefährliche und sichere Mittel, der Kondom, der Anwendung durch den Mann unterliegt. Und weil alle der Frau zur Verfügung stehenden Mittel mehr oder weniger schädlich und unsicher sind[1].

Üben schon die über den äußeren Muttermund an den Hals der Gebärmutter gelegten sogenannten Portiokappen auch bei gesunden und von entzündlichen und katarrhalischen Zuständen freien Genitalien einen Reiz aus, dessen entzündliche Folgen bei langem Gebrauch nur selten ausbleiben, so sind alle intrauterin verwendeten Mittel aufs strengste zu verwerfen. Einfache Überlegung schon und ärztliches Gefühl sollten zur Ablehnung dieser Mittel führen. Ihre Wirkung beruht darauf, daß sie eine Schwellung der Gebärmutterschleimhaut verursachen, welche entweder die Ansiedlung des befruchteten Eies verhindert oder, falls diese erfolgt, zu seiner vorzeitigen Ausstoßung, zum Abort führt. Ich kann Mitteilungen machen, wonach bis dahin gesunde Frauen durch Anwendung dieser Mittel mit doppelseitigen Pyosalpingen beschenkt und in langjährige schwere Krankheit und dauernde Unfruchtbarkeit getrieben worden sind. Diese Mittel dienen nicht eigentlich der Verhütung der Konzeption, sondern der Entfruchtung.

Auf die Verderblichkeit der intrauterinen Schutzmittel muß gerade derjenige mit allem Nachdruck hinweisen, welcher Mutterschaftsfürsorge treibt. Und dies zu tun, ist die vornehmste Aufgabe des Frauenarztes. „Es muß die verlorengegangene Überzeugung wiedererweckt werden, daß Uterus, Tuben und Ovarien, tief im Becken gelegen und mit knöchernem Schutz umgeben, zarte und sehr empfindliche Organe sind. Genügt doch eine einzige entzündliche Attacke, um ihre Funktion auf Lebenszeit zu vernichten[2]." Es ist leider

[1] Stefko: Antikonzeptionelle Mittel als blastophthore Faktoren. Arch. Frauenkde u. Konst. Forschg. Bd. XIV (1928).

[2] Max Hirsch. l. c.

Digitized by Google

noch immer der Fall, daß „die Unterleibsorgane der Frau groben Manipulationen unterworfen werden. Schon bei der diagnostischen Untersuchung, mehr noch bei der Behandlung". Das habe ich vor mehr als 10 Jahren geschrieben[1]. Glaube aber, daß auch heute noch auf diesem Gebiete vieles im argen liegt. In der unbedingten Ablehnung der intrauterinen Pessare stimme ich mit L. Fränkel[2] und anderen restlos überein.

Die ungünstige Wirkung der empfängnisverhütenden Mittel auf die Geschlechtsmoral, insbesondere der weiblichen Jugend, ist nicht zu leugnen. Es wäre falsch, diese Mittel etwa als Ursache der Loslösung der Jugend von den bisherigen sittlichen Hemmungen anzusehen. Diese fließt aus ganz anderen Quellen. Aber die größere, wenn auch nicht vollkommene Sicherheit, welche durch die empfängnisverhütenden Mittel den jungen Leuten gegenüber den Folgen rechtlicher und gesellschaftlicher Art, welche der Geschlechtsverkehr nach sich zieht, gegeben wird, haben das Heraufkommen der neuen Moral und ihre Ausbreitung zweifellos beschleunigt. Vor allem die Frau, von der Furcht vor Empfängnis befreit, zeigt sich leichter und schneller bereit, dem Triebe des Mannes und ihrem eigenen nachzugeben. Die empfängnisverhütenden Mittel haben dazu beigetragen, daß im Geschlechtsakt der Zweck der Fortpflanzung von dem des Liebesgenusses immer mehr getrennt, dem letzteren allmählich der Vorrang eingeräumt, und die Zeugung zur ungewollten und unerwünschten Folge, zum Mißgeschick gestempelt wird.

Die Ehrlichkeit zwingt, die Sache auch von dieser Seite zu beleuchten.

Nicht unwesentlich tragen aber auch das späte Heiratsalter und die geringen Heiratsaussichten dazu bei.

Das durchschnittliche Heiratsalter der ledigen Frauen ist nicht unerheblich gestiegen. Es betrug:

Jahr	Deutsches Reich	Preußen	Bayern	Sachsen	Württemberg
1910	24.78	24.60	25.89	24.34	26.11
1911	24.77	24.59	25.85	24.39	26.02
1912	24.73	24.57	25.82	24.31	26.00
1913	24.73	24.57	25.81	24.42	25.99
1914	24.70	24.59	25.69	24.34	25.66
1915	24.74	24.73	25.63	24.33	25.71
1916	25.14	25.05	26.10	24.78	26.29
1917	25.43	25.35	26.19	25.11	26.43
1918	25.81	25.71	26.50	25.62	26.92
1919	26.05	25.88	26.86	25.66	27.49
1920	25.69	25.55	26.42	25.32	26.96

[1] Max Hirsch: Frauenheilkunde und Bevölkerungspolitik. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. 49, Heft 3 (1919).

[2] L. Fränkel: Sterilisierung und Konzeptionsverhütung. Archiv für Gynäkologie, Bd. 144 1. Heft (1930).

Digitized by Google

Von 1000 ledigen Frauen heirateten im Deutschen Reiche im Alter von:

Jahr	unter 20 Jahren	20 bis 25 Jahren	über 25 Jahren
1910	93	528	379
1911	92	530	378
1912	93	532	375
1913	95	529	376
1914	97	534	369
1915	101	537	362
1916	80	519	401
1917	61	503	436
1918	51	474	475
1919	43	440	517
1920	61	458	481
1921	75	474	451
1922	79	493	428
1923	87	506	407
1924	84	497	419
1925	78	494	428
1926	80	490	430
1927	77	488	435
1928	78	491	431

Auch die Heiratschancen der Frauen sind erheblich gesunken. Auf 1000 Frauen kommen Eheschließungen im Deutschen Reich:

1920	7.3	1925	3.9
1921	5.9	1926	3.9
1922	5.6	1927	4.3
1923	4.7	1928	4.6
1924	3.6	1929	4.6

Die Heiratsziffer ist nicht zurückgegangen, wohl aber die Fruchtbarkeit der Ehe. Im Deutschen Reiche kommen auf 1000 Einwohner jährlich Eheschließende:

		Zum Vergleich dazu die Promilleziffer der Lebendgeborenen
1851—1860	7.8	35.3
1861—1870	8.5	37.2
1871—1880	8.6	39.1
1881—1890	7.8	36.8
1891—1900	8.2	36.1
1901—1910	8.0	32.9
1911—1920	7.6	22.1
1921	11.8	25.3
1922	11.1	22.9
1923	9.4	21.0
1924	7.1	20.5
1925	7.7	20.7
1926	7.7	19.5
1927	8.5	18.4
1928	9.2	18.6

Die Wertung der Ehe als menschliche Gemeinschaft hat also nicht nachgelassen, auch nicht ihre Schätzung als Grund-

Digitized by Google

lage der menschlichen Fortpflanzung. Aber diese Fortpflanzung hat eine andere Form angenommen. Sie ist unter die Leitung der Vernunft und des Willens gestellt. —

Mit den sozialen Verhältnissen im engen Zusammenhange stehen zwei weitere für die Mutterschaftsfürsorge wichtige Erscheinungen:

1. das gegenüber früheren Zeiten höhere Alter der Erstgebärenden und
2. die durch den Geburtenrückgang verursachte relative Zunahme der Erstgeburten.

Erstere Erscheinung ist eine Folge der späten Eheschließung bzw. der Heraufsetzung des durchschnittlichen Heiratsalters, letztere eine Folge der willkürlichen Geburtenbeschränkung.

Die Zunahme der Erstgeburten habe ich am geburtenstatistischen Material des Freistaates Baden in folgender Tabelle, welche bis zum Jahre 1923 reicht, berechnet:

Auf 100 Gebärende kommen im Freistaat Baden im Durchschnitt der Jahre:

	1908—1909	1920—1925
Erstgebärende	21,73	34,82
Zweitgebärende	18.76	23.93
Drittgebärende	14.62	14.23
Viertgebärende	11,72	8,82
Fünftgebärende	9.02	5,71
Sechstgebärende	7.16	3.98
Siebentgebärende	5,13	2.72
Achtgebärende	3.86	1.93
Neuntgebärende	2.58	1.27
Zehntgebärende	2.05	0.96
Elftgebärende	1.15	0.57
Zwölftgebärende	0.94	0.45
Dreizehntgebärende	0.56	0.27
Vierzehntgebärende	0.33	0.15
Fünfzehntgebärende	0.17	0.09
Sechzehntgebärende	0.11	0.06
Siebzehntgebärende	0.05	0.03
Achtzehntgebärende	0.03	0.01
Neunzehntgebärende	0.015	0.004
Zwanzigstgebärende	0.003	0.004
Einundzwanzigstgebärende	0.007	0.002
Zweiundzwanzigstgebärende	0.0007	0.002
Dreiundzwanzigstgebärende	—	0.0003

Es sei aber mit Nachdruck betont, daß die Verschiebung zugunsten der Erstgeburten seitdem noch weitere Fortschritte gemacht hat.

Aus alledem leuchten auch überpersönliche Aufgaben der Mutterschaftsfürsorge hervor. Sie wird nicht nur alle Schädigungen der Mutter-

Digitized by Google

schaftsleistung fernzuhalten, sondern sich auch in die Ehe vorbereitendem Sinne allgemein für eine frühzeitige Eheschließung und eine frühzeitige Erstgeburt beratend einzusetzen haben.

Die wirtschaftlichen Hindernisse aus dem Wege zu räumen, ist Sache sozialpolitischer Maßnahmen. Eheberatung und Mutterschaftsfürsorge aber dürfen sich durch die wirtschaftlichen Umstände bei aller ihrer Würdigung nicht hindern lassen, zum mindesten Ratschläge und Aufklärung im eben dargestellten Sinne zu geben.

Es liegt nicht im Rahmen dieser Abhandlung, die Geburtenpolitik im einzelnen darzulegen. Gleichwohl soll die von Grotjahn[1] vorgeschlagene und mit Beharrlichkeit vertretene Elternschaftsversicherung als ein sehr nützliches und erfolgversprechendes Mittel genannt werden, welches dem zweifellos noch immer stark vorhandenen, aber durch ungünstige Lebensumstände gehemmten Willen zum Kinde zur Auswirkung verhelfen kann.

§ 161 der Reichsverfassung lautet: „Zur Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, zum Schutze der Mutterschaft und zur Fürsorge gegen die wirtschaftlichen Folgen von Altersschwäche und Wechselfällen des Lebens schafft das Reich ein umfassendes Versicherungswesen."

III. Schwangerschaftsfürsorge

A. Mutterschaftsleistung und Erwerbsarbeit

1. Soziale Pathologie

Man hat sich mit der Lohnarbeit der Frau abgefunden, offenbar weil es keinen anderen wirtschaftlichen Ausweg gibt. Eine nur auf den Nutzen der Wirtschaft bedachte Entwicklung hat der Frau, wenn man von dem rohen Kraftaufwand absieht, dieselben Arbeitsbedingungen zugewiesen wie dem Manne. Die Frauenbewegung, welche anfangs ihren Stolz darin sah, daß die Frau es dem Manne gleich tue, hat dazu beigetragen[2], die Gemüter abzulenken und in die Ruhe der Meinung zu versenken, daß alles, so wie es ist, in der Ordnung sei. Der Arzt aber, der diesen Dingen nachgeht, muß von vornherein und ohne weitere gewerbeärztliche Untersuchung die Unlogik und Ungerechtigkeit dieses Zustandes erkennen.

Er sieht es am Geschlechtsunterschiede der Körperkräfte, welche bei der Frau, an der Hubkraft der Lenden gemessen, nur 60—70% der Arbeits-

[1] Grotjahn: Der Geburtenrückgang und seine Bekämpfung durch eine Elternschaftsversicherung.

[2] Max Hirsch: Arbeiterinnenschutz und Frauenbewegung. Arch. Frauenkde. u. Konst.-Forschg. Bd. 15 (1929), S. 355.

Digitized by Google

leistung des Mannes aufbringen. Er kennt die geringere Lungenkapazität des Weibes, den Unterschied in der Zusammensetzung des Blutes, vor allem aber die viel intensivere Inanspruchnahme der Frau durch den endokrinen Stoffwechsel und ihre größere Abhängigkeit von ihm. Er kennt die periodischen Umwälzungen im Organismus der Frau, welche durch Menstruation und Schwangerschaft in Erscheinung treten und einen tiefgreifenden und immer wiederkehrenden Aufbau und Abbau der Gewebe im Organismus erzeugen.

Die Menstruation darf heute nicht mehr nur als organischer Vorgang am Uterus betrachtet werden, sondern gilt als Ausdruck eines in zeitlichen Zwischenräumen periodisch wiederkehrenden Stoffwechsels, welcher den ganzen Organismus in Bewegung bringt. Dieser Vorgang, welchen der Volksmund mit Recht als Unwohlsein bezeichnet, bringt eine Minderung des Wohlbefindens, eine Herabsetzung der Widerstandskraft, der körperlichen und seelischen Leistungsfähigkeit mit sich. Es sind darüber experimentelle und klinische Beobachtungen genug vorhanden. Sie werden aber meist nicht bedacht oder gern vergessen. Sei es von Männern, welche diese Dinge nicht nachempfinden können und aus vielen Gründen geneigt sind, ihnen nicht Raum zu gewähren. Sei es unter dem Gewicht frauenrechtlicher Gleichheitsbestrebungen, welche darauf abzielen, die Schwäche des weiblichen Geschlechtes zu leugnen oder über sie hinwegzutäuschen.

Jeder sorgsame Kliniker kennt die kleinen Erhebungen der Temperaturkurve bei gesunden und mehr noch bei kranken Frauen, aus welchen er den Eintritt der Menses Tage voraussehen kann. Daß man diese Temperaturerhöhungen als Ausdruck der gesteigerten vitalen Energie ansehen soll, wie Riebold[1] und Brähmig[2] es tun, scheint mir mehr als zweifelhaft. Näher liegt der Gedanke, sie als Folge des Eiweißzerfalls zu betrachten.

Auch andere Tatsachen, wie die Abnahme der Gerinnungsfähigkeit und der bakteriziden Kraft des Blutes, wie die Sympathikotonie im Prämenstruum, welche während der Menses in Vagotonie umschlägt, weisen in diese Richtung. Alle sind Zeichen dafür, daß der Organismus des Weibes durch die Menstruation einer erheblichen Schwächung unterworfen ist.

Bossi[3] hat mittels des Ergographen von Mosso festgestellt, daß die Muskelkraft unmittelbar vor der Menstruation, während der Schwangerschaft und an den Tagen, an welchen die Menses sonst gekommen wären (physiologische Krisen der Schwanger-

[1] Riebold: Über prämenstruelle Temperatursteigerungen. Deutsche med. Wochenschr. 1906, S. 421.

[2] Brähmig: Die Temperatur gesunder und kranker geschlechtsreifer Frauen in Beziehung zur Ovulation und Menstruation. Referat. Zbl. Gynäk. 1929, S. 446.

[3] Bossi: Einfluß der Menstruation, der Schwangerschaft, der Geburt und des Puerperalstadiums auf die Muskelkraft. Arch. f. Gynäkol. 1913, Bd. 68.

Digitized by Google

schaft), besonders aber während der Geburt und der ersten Tage des Wochenbetts erheblich herabgesetzt ist.

Zu der physiologischen Minderkraft der Frau gegenüber dem Manne kommen also noch weitere Kraftverluste, welche an die Menstruation gebunden sind und welche während der ganzen Dauer der Schwangerschaft in periodischen Zwischenräumen sich wiederholen.

Sellheim[1] berechnet den ungeheuren Stoffumsatz, welcher durch die generative Funktion der Frau verursacht wird, folgendermaßen: Die Frau verliert und ergänzt durch die Menstruation 12mal im Jahre 170 g Blut, gleich rund 2 kg im Jahre; das bedeutet für die ganze Zeit der Fortpflanzungsbereitschaft mehr als 50 kg. Die Zunahme in der Schwangerschaft und der Verlust in der Geburt beträgt 6 kg; davon kommen 3 kg auf das Kind, 1 kg auf die Nachgeburt, 1 kg auf die Gebärmutter und 1 kg auf das Blut. Durch die Laktation müssen für das im Jahre 6 kg betragende Wachstum des Kindes Nährstoffe herangeschafft werden. Die Frau verdoppelt also ihr eigenes Gewicht durch die Menstruation während der Zeit vom 18. bis 45. Lebensjahre, sie verdreifacht ihr Eigengewicht vom 18. bis 45. Lebensjahre durch 6 Geburten und Laktationen und dazwischenliegende Menstruationen. Dieser ungeheuren Inanspruchnahme des gesamten Körperbetriebes hat der Mann nichts ähnliches an die Seite zu stellen.

Um nur von den Anforderungen der Geburt einen plastischen Begriff zu geben, sei berichtet, daß die Muskelleistung bei der Geburt ungefähr derjenigen gleicht, welche geleistet wird bei der Besteigung eines 4000 m hohen Berges.

Stieve[2] berichtet von der außerordentlichen Inanspruchnahme des Organismus durch die Rückbildung des puerperalen Fruchthalters.

Das sind schwerwiegende Beweise für den Unsinn, der darin liegt, von der Frau dieselben Arbeitsleistungen nach Dauer und Intensität zu verlangen wie von dem Manne.

Man ist versucht, darin geradezu eine Sünde gegen die Natur zu sehen.

Dabei ist hier nur von den körperlichen Umwälzungen, nicht aber von den seelischen Veränderungen der Frau während der Schwangerschaft die Rede. Das Seelenleben der Frau während der Schwangerschaft ist eng gebunden an die Frucht des Leibes und an das Neugeborene. Seine Alterationen können in allmählicher Steigerung bis zu demjenigen Zustand fortschreiten, den man Maternitätsneurose nennt. Nicht zu reden von den Psychosen, welche unter dem Bilde der Verwirrung, der Melancholie und anderer Störungen verlaufen[3].

Daß die außerhäusliche Erwerbsarbeit der Frau im Zustande der Schwangerschaft, mag sie in Fabriken, Handelshäusern oder anderen Gewerben

[1] Sellheim: Die Geburt des Menschen. Deutsche Frauenheilk. 1913.

[2] Stieve: Das Mesenchym in der Wand der menschlichen Gebärmutter. Zbl. Gynäk. 1929 Nr. 43, S. 2706.

[3] Hauptmann: Der Einfluß der Generationsvorgänge auf die Psyche der Frau. Arch. Frauenkde u. Konst.forschg. 15, 381.

Digitized by Google

verrichtet werden, dem labilen Seelenleben in keiner Weise gerecht werden kann, bedarf keines besonderen Beweises.

Schon diese Betrachtungen müssen veranlassen, für die Frau andere Arbeitsbedingungen zu verlangen als für den Mann, vor allem mit Bezug auf Arbeitszeit und Ruhepausen, die nicht nur Stunden des Tages, sondern mit Rücksicht auf die Menstruation auch Tage des Monats umfassen sollten.

Die Gewerbeordnung weist zwar die Krankenkassen an, den Schwangeren im Arbeitsbetriebe Erleichterungen durch Zuweisung angemessener Arbeit zu gewähren. In meinen Erhebungen[1] konnte aber davon nicht viel bemerkt werden. Auch von Teleky-Weickert[2] ist diese Rücksichtnahme seitens der Betriebsleitungen nur in 5.7% der Fälle festgestellt worden. In den Berichten der Gewerbeaufsichtsbeamten wird diese Unterlassung oft gerügt. Sie beruht durchaus nicht etwa nur auf bösem Willen, sondern entspringt Ursachen, welche im Arbeitsbetriebe selbst gelegen sind, wie Uneignung der Frau zu anderer Arbeit, Lohnverlust durch minderbewertete Arbeit, Beeinträchtigung der Produktionsordnung usw. Es wird also stärkere gewerbeärztliche Beaufsichtigung der Betriebe in Industrie und Handel gefordert werden müssen.

Zu den durch die Erwerbsarbeit bedingten Anforderungen kommt die Belastung der Frau mit Pflichten, welche der Mann von sich weist, wie die Instandhaltung des Haushalts, der Kleidung, der Wäsche; bei der verheirateten Frau nicht nur der eigenen, sondern auch der des Mannes und der Kinder; ferner Kochen, Kinderpflege und Kinderwartung. Kurzum ein Maß von Leistungen, welche der Frau neben der Erwerbsarbeit zufallen und sie weit mehr belasten, als der Mann belastet ist, welcher nur die Lohnarbeit verrichtet.

Um wieviel mehr muß sich diese Überlastung im Zustande der Schwangerschaft fühlbar machen und erkennbar werden.

Es ist demnach grundfalsch, die Erwerbsarbeit der schwangeren Frau in Industrie und Handel mit der Arbeit der Hausfrau zu vergleichen, wie es geschehen, aber auch alsbald zurückgewiesen worden ist (Hirsch, Teleky, Thiele u. a.). Diese Auffassung verrät eine gründliche Verkennung der Bedeutung von Arbeitsort, Arbeitsintensität und Arbeitsdauer, wie sie in den Betrieben vorgeschrieben sind. Die Arbeit der Hausfrau, welcher der Wechsel der Körperhaltung (Sitzen, Stehen, Liegen) in eigenes Ermessen gestellt ist, welche Ruhepausen und Mahlzeiten einschieben und im Liegen verbringen kann, wann und so oft sie will, welche Arbeit aufschieben kann, wann es ihr wünschenswert erscheint, ist mit der Arbeit in den Betrieben gar nicht zu vergleichen. Der Hauptirrtum aber ist der, daß die

[1] l. c.
[2] l. c.

Digitized by Google

verheirateten und zum Teil auch unverheirateten Lohnarbeiterinnen alle diejenigen Arbeiten neben ihrer Erwerbsarbeit verrichten müssen, welche der Hausfrau zufallen.

Wie verläuft der Tag einer außerhäuslich berufstätigen verheirateten Frau und Mutter?

22—5 Uhr: Nachtruhe.
5 Uhr: Aufstehen, Frühstück bereiten, Haushalt ordnen, Fertigmachen zur Arbeit.
7 Uhr: Kinder zur Krippe bringen. Weg zur Arbeit[1].
$7^1/_2$—16 Uhr: Berufsarbeit.
16—22 Uhr: Heimweg, Abholen der Kinder. Hausarbeit (Essen kochen, Wäsche waschen, Wohnung machen, Abendessen, Kinder zu Bett bringen, Aufräumen, Ausbessern). Vorbereitung für den nächsten Tag.

Diese doppelte und dreifache Belastung mit Erwerbsarbeit, Hauswirtschaft und Mutterschaft, welche keine Arbeitspause, keinen Feierabend und keinen Sonntag zuläßt, ist es gerade, welche das Maß der Kräfte so übersteigt, daß die Gesundheit der Frau, daß Schwangerschaft und Kind zu Schaden kommen.

Auch in die Hausarbeit beginnt der Geist der Kritik und der Erneuerung einzuziehen. Tiefblickende Augen haben die zerstörende Wirkung dieser Tätigkeit im Verein mit Mutterschaft und Kindesaufzucht erkannt und sich die Neuordnung zur Aufgabe gemacht. Diese trifft weniger die Hausarbeit selbst, als die Abstellung der Unzweckmäßigkeit ihrer Arbeitsmethoden, gemessen an den Gesetzen des weiblichen Körpers. Was wertvolle Leibesübung sein könnte, wird zur schädlichen Ausartung. Arbeitsphysiologie und Ermüdungsforschung haben da noch eine wichtige Aufgabe vor sich, die als ein Teil der Arbeitswissenschaft und der Sozialhygiene zu betrachten ist. Ermüdung ist nicht nur Folge zu schwerer und zu langer Arbeitsleistung, sondern wird auch durch Eintönigkeit der Arbeit, durch die seelische Einstellung zu ihr, sowie durch unzweckmäßige Ernährung verursacht.

Zur exakten Messung der Ermüdung ist das notwendige Rüstzeug noch nicht vorhanden. Am meisten ermüdend ist die statische Arbeit, und je mehr die Arbeitsverrichtung mit statischen Faktoren — d. h. mit langdauerndem Verharren in derselben Körperhaltung — durchsetzt ist, um so ungünstiger wirkt sie auf den Organismus.

Aus diesem durch die Ermüdungsforschung festgestellten Gesichtspunkt erkläre ich die ungünstigen Wirkungen der Arbeit im Stehen, welche an den Textilarbeiterinnen von mir festgestellt und von anderen bestätigt sind.

Auch die Mißachtung gewisser Regeln der Körperhaltung führt Er-

[1] Thiele berichtet, daß 62 von 100 Arbeiterinnen eines großen sächsischen Betriebes über 1 Stunde Arbeitsweg zurückzulegen hatten.

Digitized by Google

scheinungen der Ermüdung herbei. So das Stehen mit durchgedrückten Knieen und mit hohlem Kreuz.

Um allen diesen Schäden entgegenzuwirken, empfiehlt sich eine Gymnastik[1], welche alle Fehler in Gang und Haltung beseitigt: Beckenheben, Hüft- und Beinübungen sowie Rumpfbeugen. Letztere freilich nicht im Zustande der Schwangerschaft.

Von allen gymnastischen Maßnahmen aber wirkt als beste die Atemgymnastik, welche die Verbrennung der Ermüdungsstoffe durch Sauerstoffzufuhr fördert.

Bei der Betrachtung des Einflusses der gewerblichen Arbeit auf die Schwangerschaft darf nicht außer acht gelassen werden, daß die Schädlichkeit nicht eine Eigenschaft der Arbeit selbst oder der Betriebsmittel ist, sondern eine eigene Art der Reaktionsweise des Menschen auf sie. Das Erfolgsorgan, an welchem die Einwirkung der Arbeit ausgelöst wird, ist allein der menschliche Organismus. Der arbeitende Mensch, in diesem Falle die schwangere Frau, ist der Gegenstand des Interesses.

Die erste Hälfte der Schwangerschaft wird beherrscht durch die Störungen des vegetativen Nervensystems. Die von mir durch frühere Untersuchungen wiederholt nachgewiesene, aber oft bestrittene stärkere Morbidität der Arbeiterinnen an den sogenannten Schwangerschaftsbeschwerden und die besonders ungünstige Einwirkung der stehenden Arbeitsweise auf diesen Zustand sind neuerdings durch Teleky-Weickert[2] bestätigt worden.

Sie haben an 7280 Schwangerschaften festgestellt, daß Arbeit im Stehen oder Gehen die Schwangerschaftsbeschwerden erhöht und daß die im Sitzen und die gar nicht arbeitenden Fabrikarbeiterinnen weniger davon befallen sind.

Sie erklären den Unterschied zwischen den in der Schwangerschaft nicht arbeitenden Fabrikarbeiterinnen und den im Stehen Arbeitenden für „so groß, daß er als sichergestellt und allgemeingültig angesehen werden muß".

Die zweite Hälfte der Schwangerschaft stellt besondere Anforderungen an die Frau und insbesondere an die arbeitende Frau durch die Verschiebung des Zusammenhaltes der Bauchorgane, durch Hochstand des Zwerchfells, Zunahme der Atmungsgröße von 7 l in der Minute vor der Schwangerschaft auf $9^3/_4$ l gegen Ende der Schwangerschaft, Verdrängung von Lunge und Herz, Verlangsamung und Änderung der Funktion der inneren Organe (Leber, Niere, Darm, Herz), endlich durch Umbau der Bauchwand.

Es bedarf keiner ins einzelne gehenden Beweisführung, daß der Organismus, wenn er neben diesen Anforderungen noch

[1] s. Abschnitt: Leibesübungen S. 34.

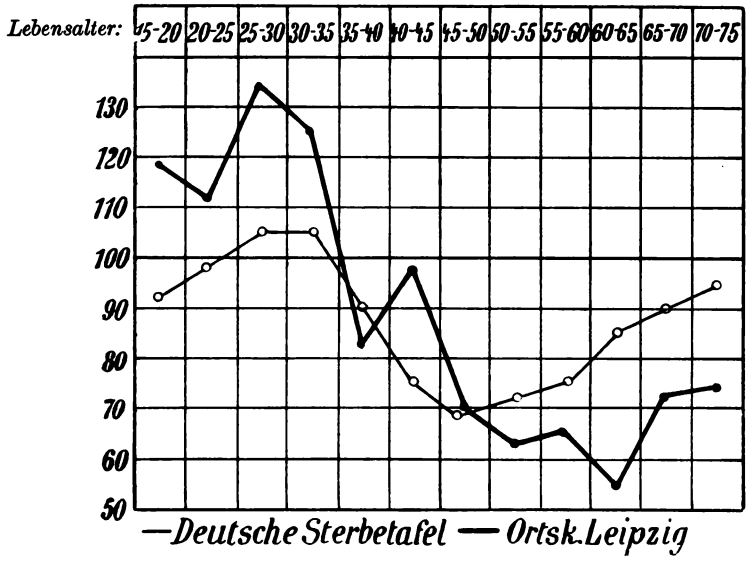
[2] l. c. S. 30.

Digitized by Google

eine achtstündige Erwerbsarbeit verrichten will, zu Schaden kommen muß.

Tabelle 1, welche die Sterblichkeit der Frauen und Männer nach der deutschen Sterbetafel und den Zusammenstellungen der Ortskrankenkasse Leipzig verzeichnet, läßt erkennen, daß, wenn die Sterblichkeit der Männer auf 100 berechnet ist, die der Frau im allgemeinen Reichsdurchschnitt in den Jahren der Fortpflanzungstätigkeit, d. h. im Alter von 25—35 Jahren auf etwa 105, die der weiblichen Mitglieder der Ortskranken-

Tabelle 1



Sterblichkeit der Frauen auf 100 Männer.

kasse Leipzig aber schon in den jugendlichen Altersklassen auf 110—120 und im Alter von 25—35 Jahren, also in den Jahren der stärksten Fortpflanzungstätigkeit, sogar auf 125—135 steigt.

Neuere Übersicht aus dem Jahre 1928 ergibt, daß auf 100 Männer gleichaltrige Frauen starben:

im Alter von	Ledig	Verheiratet
20—25	78	124
25—30	79	129
30—35	72	121
35—40	67	112

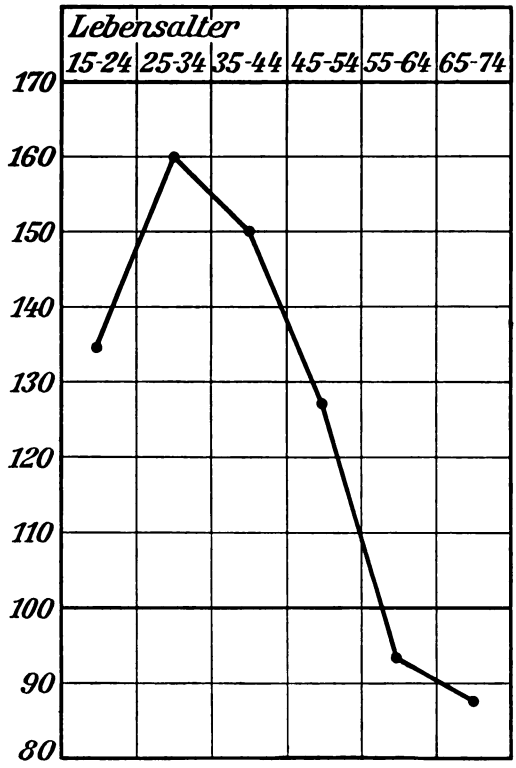
In den Jahren der Fortpflanzung sterben also die verheirateten Frauen um $^1/_5$ zahlreicher als die Männer, während die Sterbeziffer der ledigen Frauen weitaus geringer ist.

Digitized by Google

Tabelle 2 zeigt, daß die Krankenziffer der weiblichen Krankenkassenmitglieder bis zum 55. Lebensjahre, also auch wieder in den Jahren der größten Fortpflanzungsleistung, die der männlichen weit übersteigt.[1]

Tabelle 3 endlich läßt erkennen, daß die Erkrankung aller weiblichen Pflichtmitglieder an Erschöpfung und Entkräftung in der Mitte der

Tabelle 2



Morbidität der weiblichen Pflichtmitglieder der Ortskrankenkasse Leipzig nach Abzug der Schwangerschaften, Aborte, Geburten und Wochenbetten und der Betriebsunfälle (auf 100 männliche Krankheitsfälle berechnet).

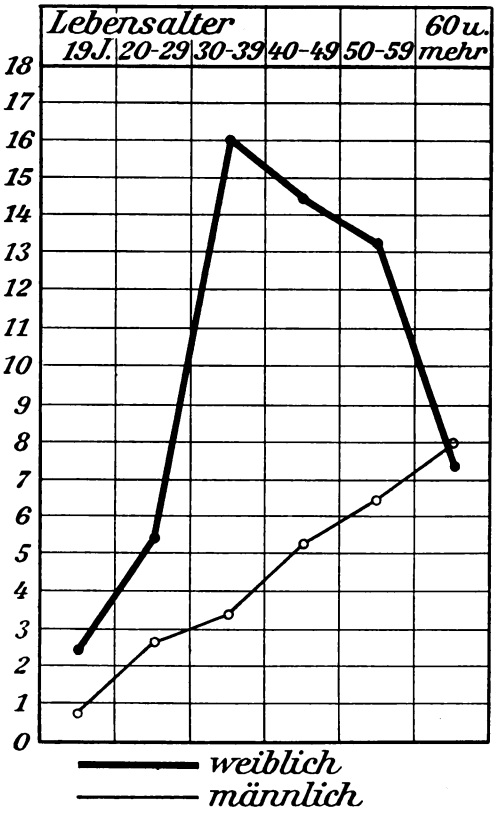
zwanziger Jahre steil ansteigt und ihren Höhepunkt in der Mitte der dreißiger Jahre erreicht, dann langsam absinkt, aber noch Mitte der fünfziger weit

[1] Eine Morbiditätsstatistik ist bereits 1904 von Julius Heller in der Schrift: „Eignet sich die Frau gesundheitlich für den kaufmännischen Beruf?" versucht worden. Seine verneinende Antwort hat stürmischen Widerspruch erfahren, wobei freilich — wie auch später oft — weniger gesundheitliche als parteipolitische Ziele verfolgt wurden.

Digitized by Google

höher als die der männlichen Mitglieder ist. Daraus ist der Schluß zu ziehen, daß die doppelte Bürde von Erwerbsarbeit und Mutterschaft die Frauen schon Mitte der dreißiger Jahre konsumiert, in einem Alter, in welchem der Mann noch auf der Höhe der Kraft ist. Man kann geradezu von einem Knick im Schicksal der arbeitenden Frau sprechen, welcher in das 35. Lebensjahr fällt.

Tabelle 3



Erkrankungen an Erschöpfung, Entkräftung und Inanition (auf 1000 Pflichtmitglieder der Ortskrankenkasse Leipzig).

Auch schon die jugendlichen Altersklassen der weiblichen Arbeiterinnen haben eine weit höhere Neigung zu Erschöpfung und Entkräftung als die des männlichen Arbeiters.

Diese Feststellungen haben wertvolle Bestätigung erfahren durch Beintker[1], welcher neuerdings die Unterlagen der Krankenkassen ausgewertet hat.

[1] l. c. S. 159.

Digitized by Google

Er hat festgestellt, daß

1. die Zahl der Krankheitsfälle und Krankheitstage während der Schwangerschaft bei den gewerblichen Arbeiterinnen wesentlich höher ist als bei den sonstigen Versicherten;

2. die Zahlen bei den Textilarbeiterinnen weit über dem Durchschnitt liegen;

3. die Krankheitsziffern bis zum 3. und 4. Monat der Schwangerschaft ansteigen, während des 5. und 6. Monats absinken und vom 8. Monat ab von neuem ansteigen.

Unter den Folgen der Schwangerschaft, welche durch die Erwerbsarbeit eine besondere Verschlimmerung erfahren, sei zunächst die Krampfaderbildung genannt. Ich habe berechnet, daß Arbeiterinnen, welche stehend arbeiten, besonders Textilarbeiterinnen, in 12.7%, solche, welche nur gehend tätig sind, zu 4.0% und solche, die im Sitzen arbeiten nur zu 2.2% an Krampfadern höheren Grades leiden. Diese Unterschiede sind schon bei den nichtschwangeren Arbeiterinnen deutlich erkennbar und werden in der Schwangerschaft noch viel größer. Daß stehende Berufe besonders befallen sind, beruht auf der mangelnden Muskelbewegung in den Beinen, welche bewirkt, daß das Blut nicht wie bei regelmäßigem Wechsel zwischen Muskelzusammenziehung und -erschlaffung in die Höhe getrieben wird, so daß die Blutsäule einen beständigen Druck auf die Gefäßwand ausübt. Dieser Druck wird in der Schwangerschaft durch Anfüllung der großen Blutbehälter des Bauches und durch die auf sie lastende mit Blut gefüllte Masse der Gebärmutter verstärkt. Handelt es sich noch dazu um blutarme und erschöpfte Individuen und um solche mit konstitutioneller Gefäßwandschwäche, so geben die Gefäßwände um so leichter dem Druck des Blutes nach. Auf die Folgezustände der Krampfadern, auf Ekzeme, Venen- und Zellgewebsentzündungen und Beingeschwüre, an welchen die erwerbstätigen Frauen in höherem Grade leiden als die nicht arbeitenden, sei nur eben hingewiesen.

Diese meine — früher bestrittenen — Feststellungen sind durch die neuen Erhebungen von Teleky-Weickert[1] und Geller in vollem Maße bestätigt worden. Geller[2] hat festgestellt, daß von den schwangeren Hausangestellten 19%, von den Hausfrauen 20%, von den fast ausschließlich im Gehen und Stehen arbeitenden Textilarbeiterinnen aber 41% an Krampfadern leiden. Auch Teleky-Weickert bestätigen auf Grund ihrer Erhebungen das stärkere Befallensein der im Stehen arbeitenden Frauen.

Es muß ferner als festgestellt gelten, daß die Krampfaderbildung in den späteren Monaten der Schwangerschaft zunimmt.

[1] l. c. S. 62.

[2] l. c.

Digitized by Google

Diese Störungen sollten, abgesehen von ihrem Einfluß auf Wohlbefinden und Arbeitsfähigkeit, in der Gegenwart, in welcher Thrombose und Embolie in erschreckendem Maße und ohne vorerst erkennbare Ursachen zunehmen, nicht gering eingeschätzt werden.

Man bestreitet die Emboliegefahr unter Berufung auf ihre Seltenheit. Diese negative Beweisführung ist unzulässig, weil sie auf Mangel an Sektionsmaterial tödlicher Embolien aufgebaut ist. Die Thrombosierung variköser Venen ist der sichtbare Ausdruck der Strömungsänderung in den Beinen, die aber mit solchen in den Venengebieten des kleinen Beckens vergesellschaftet ist. Diese ist dem Blick entzogen. Kein Mensch kann die Gefahr bestreiten, welche aus diesen Venenplexus droht. Ich habe sie bei gynäkologischen Laparotomien arbeitender Frauen erstaunlich oft gefunden. Der kürzlich von Wittenbeck[1] veröffentlichte Fall zeigt die aus den Varizen drohende Gefahr. —

Freilich beim umhergehenden Menschen werden Lungenembolien aus Varizen nicht beobachtet, obwohl 10% von ihnen Thromben haben. Das liegt daran, daß, wie Magnus festgestellt hat, bei aufrechter Körperhaltung das Blut in den Varizen zur Peripherie fließt. In horizontaler Lage aber findet in der varikösen Vena saphena Umkehr des Blutstromes zum Herzen statt. Bei interkurrenten Krankheiten und nach Operationen ist die Emboliegefahr mithin nicht zu unterschätzen. —

Wenn es auch stets mißlich ist, Fehlgeburtenstatistik zu ätiologischen Schlußfolgerungen benutzen zu wollen, weil man die gewollten von den ungewollten Aborten nicht trennen kann, so sei dennoch, weil sie jüngsten Datums ist, eine Aufstellung der rheinischen Krankenkassen für 1922—1926 wiedergegeben, welche ich dem Reichsarbeitsblatt (1929, Nr. 9) entnehme, aber für vorliegenden Zweck zusammengezogen habe.

Fehlgeburten und Gebärmutterblutungen

	Mitglieder	Fehlgeburten und Gebärmutterblutungen		
		absolut	%	bezogen auf Standardalter
Metallgewerbe	57436	1531	2.67	2.19
Textilgewerbe	84430	2701	3.20	3.09
Bekleidungsgewerbe ...	43904	733	1.67	2.03
Handelsgewerbe.....	79179	968	1.22	1.31
Dienstboten	88349	1540	1.74	1.67

Die größeren Zahlen der Fehlgeburten bei den Fabrikarbeiterinnen der Metall- und vor allem der Textilindustrie springen deutlich in die Augen und bestätigen meine früheren Feststellungen[2].

[1] Zentralbl. f. Gynäkol. 1930, Nr. 9.

[2] Max Hirsch: Leitfaden der Berufskrankheiten der Frau. Stuttgart 1919.

Digitized by Google

Es ist kein Grund zu der Annahme, daß gerade unter den Fabrikarbeiterinnen und gerade unter den Metall- und Textilarbeiterinnen die Neigung oder der Zwang zur Fruchtabtreibung größer sein solle als unter den Angestellten des Bekleidungs- und des Handelsgewerbes und unter den Dienstboten. Eher könnte man angesichts der beruflichen und wirtschaftlichen Lage dieser Frauen das Gegenteil vermuten.

Nicht sicherer ist der Boden, auf dem wir uns bewegen, wenn der Zusammenhang von Frühgeburt und Frauenarbeit erörtert wird. Um Lues und andere endogene Ursachen nach Möglichkeit auszuschließen, tut man gut, sich auf die lebenden Frühgeburten zu beschränken. Daß diese in den letzten Jahrzehnten fortschreitend zugenommen haben, ist durch Landesstatistiken erwiesen: im Staate Hamburg von 3.77% der Geborenen in den achtziger Jahren auf 5.98% in den Jahren 1905—1909; im Freistaate Baden von 35.2 auf 1000 Geburten in den achtziger Jahren auf 39.6% in den Jahren 1903—1911.

Endogene Ursachen hierfür sind nicht zu finden. Als exogene kommt kaum eine andere als die Zunahme der weiblichen Erwerbstätigkeit in Betracht, welche in diesem Zeitraum von 21% auf 36.1% gestiegen ist.

Dieser indirekte Beweis hat gewiß keine bindende Kraft. Aber außer einer Erhebung in Bayern, welche bisher nur für den Bezirk Augsburg abgeschlossen ist, wonach 4.46 Frühgeburten auf 100 Arbeiterinnen, aber 8.17 auf 100 Textilarbeiterinnen kommen, liegt Material nicht vor.

Über die Beeinflussung des Ablaufes der Geburt durch Erwerbsarbeit der Frau habe ich eingehende Untersuchungen[1] angestellt, welche zu dem Ergebnis geführt haben, daß sowohl Geburtsdauer als auch Beendigung der Geburt bei den erwerbstätigen Frauen in größerem Maße von dem normalen abweichen als bei den nicht erwerbstätigen. Während z. B. die Beendigung der Geburt durch Zange bei der Allgemeinheit in 3.8% der Niederkünfte und die durch Kaiserschnitt in 0.26% notwendig ist, betragen diese Ziffern bei den Textilarbeiterinnen 5.8% bzw. 0.47%. Sie sind am höchsten bei denjenigen Arbeiterinnen, welche im Stehen arbeiten.

	Landesdurchschnitt	Textilarbeiterinnen	Die mit 14 Jahren eingetretenen Arbeiterinnen
Zangengeburten.....	3.8%	5.8%	14.68%
Kaiserschnitte	0.26%	0.47%	1.02%
Ärztliche Hilfe	—	30.3%	43.0 %

[1] Max Hirsch: Die Gefahren der Frauenerwerbsarbeit für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Kindesaufzucht. Leipzig 1925.

Digitized by Google

Diese Ziffern werden noch weit größer bei denjenigen Arbeiterinnen, welche schon seit dem 14. Lebensjahr in den Fabrikationsprozeß eingespannt sind.

Dieser Feststellung ist widersprochen worden. Als bestätigt darf gelten die Verlängerung der Geburtsdauer bei denjenigen Frauen, welche bis in die letzten Wochen vor der Entbindung gearbeitet haben. Diese Geburtsverlängerung bezieht sich zum großen Teil auf die Eröffnungsperiode und läßt auf eine Beeinträchtigung der Gebärtüchtigkeit durch die Erwerbsarbeit schließen.

Es ist schwer zu sagen, wie weit das ursächliche Moment dieser Hemmung des Geburtsablaufes in einer Verengung der knöchernen Geburtswege oder in einer Unnachgiebigkeit der Beckenbodenmuskulatur oder endlich in einer besonderen Schwäche der austreibenden Kräfte gesehen werden muß. Nach den Feststellungen von Küstner ist nicht nur die Eröffnungs-, sondern auch die Austreibungsperiode bei den Arbeitenden verlängert, und zwar besonders bei denjenigen, deren Arbeitsweise im Stehen verrichtet wird. Das würde mit meinen Feststellungen übereinstimmen, daß für den Ablauf der Geburt die stehende Arbeitsweise besonders nachteilig ist. Für die Verzögerung des Geburtsablaufes kommt eine überdurchschnittliche Größe der Frucht als Ursache nicht in Betracht. Denn alle Untersuchungen stimmen darin überein, daß die bis in die letzten Wochen fortgesetzte Erwerbsarbeit der Frau der Entwicklung der Frucht zu voller Größe abträglich ist.

Am wahrscheinlichsten ist, daß die Erwerbsarbeit eine Einbuße der austreibenden Muskelkraft herbeiführt. Dadurch würden auch die Nachgeburtsstörungen zu erklären sein, welche nach meinen Feststellungen und nach denen von Küstner bei erwerbstätigen Frauen häufiger zu finden sind als bei anderen.

Die Verzögerung des Geburtsablaufes wird von Teleky-Weickert nicht bestätigt. Nach ihren Erhebungen ist im Gegenteil die Fabrikarbeiterin mit Bezug auf die Geburtsdauer besser gestellt als die nicht erwerbstätige Frau. Sie haben Fabrikarbeiterinnen und Nichterwerbstätige, und zwar nur Erstgebärende, nach Alter und Wehendauer verglichen und sind zu folgendem Ergebnis gekommen:

	Wehendauer in % bis zu Std.				
	Frauen	6	7—12	13—24	über 24
Nichterwerbstätige	659	27.6%	27.9%	20.9%	23.6%
Fabrikarbeiterinnen	2067	32,5%	25.3%	22.5%	19.6%

Die über 24stündige Wehendauer ist bei den Fabrikarbeiterinnen seltener, als bei den Nichterwerbstätigen, während die kurzen Geburtsabläufe bis zu 6 Stunden wiederum bei den Fabrikarbeiterinnen häufiger sind. Danach

Digitized by Google

scheint es, daß sie mit Bezug auf die Geburtsdauer günstiger gestellt seien, als die Nichterwerbstätigen. Allerdings trifft das nicht zu auf Erstgebärende von über 30 Jahren, wo bei den Nichterwerbstätigen die kurzen Geburtsabläufe bis zu 6 Stunden viel häufiger sind, als bei den Arbeiterinnen (34.0% : 26.8%).

Die große Zahl der kurzen Geburtsabläufe bei den Erstgebärenden aber erregen Zweifel an der Zuverlässigkeit der Meldungen. Der Geburtshelfer weiß von seinen klinischen von Beginn der Wehentätigkeit an durch ihn selbst beobachteten Geburten, daß die durchschnittliche Geburtsdauer bei den Erstgebärenden erheblich länger ist, als die gemeldete. Nach meinen Berechnungen im Durchschnitt 15 Stunden bei jungen und 22 Stunden bei älteren Erstgebärenden.

Zu demselben Ergebnis kommt auch Küstner. Dabei ist wichtig, daß in seiner Zusammenstellung die Wehendauer über dem Durchschnitt steht bei denjenigen Schwangeren, welche bis kurz vor der Geburt gearbeitet haben.

Die Differenz in den Erhebungen von Teleky auf der einen, Küstner und mir auf der anderen Seite, ist so merkwürdig, daß weitere Untersuchungen dringend notwendig erscheinen.

Diese Notwendigkeit ist um so größer, als Teleky-Weickert die Feststellung machen, daß die Nichterwerbstätigen auch mit Bezug auf die Notwendigkeit ärztlicher Hilfe und mit Bezug auf die operative Beendung der Geburt durch Zange, Wendung und Dammnaht ungünstiger dastehen, als die Arbeiterinnen. Ein Ergebnis, welches meinen Feststellungen, besonders denjenigen, welche ich an den Textilarbeiterinnen gemacht habe, entgegensteht.

Es muß ergründet werden, auf welchen Ursachen bei Teleky diese Unterlegenheit der Nichterwerbstätigen in der Gebärtüchtigkeit beruht. Ob sie gelegen ist in der Beschaffenheit und Leistungsfähigkeit der weiblichen Geburtswege. Oder ob in der Größe und Schwere des Kindes und in der Härte des kindlichen Kopfes. Kurz in räumlichen Mißverhältnissen, deren Ursache im Kinde liegt. Vielleicht ist hier der Schlüssel zu suchen.

Alle Untersuchungen aber, auch die Telekys, stimmen darin überein, daß die Erwerbsarbeit, wenn sie bis in die letzten Wochen der Schwangerschaft fortgesetzt wird, das Geburtsgewicht des Kindes ungünstig beeinflußt. Darüber wird noch zu sprechen sein.

Eine zweite Merkwürdigkeit in den Erhebungen von Teleky-Weickert ist die, daß diejenigen Frauen, deren Arbeit im Stehen verrichtet wird, leichter entbinden als die übrigen. Diese Überlegenheit tritt deutlich bei denen zutage, welche in früheren Jahren, nicht aber während der Schwangerschaft im Stehen gearbeitet haben und ist am größten bei denjenigen, die erst innerhalb der letzten 2 Wochen vor der Geburt die Arbeit eingestellt haben.

Digitized by Google

Teleky führt das darauf zurück, daß die im Stehen Arbeitenden gegenüber den im Sitzen Arbeitenden eine Auslese an Körperkraft darstellen. Die Überlegenheit der Gruppe aber, welche bis kurz vor der Entbindung gearbeitet hat, erklärt er durch das geringere Geburtsgewicht, welches die Kinder dieser Frauen haben.

Gegen die Erhebung von Teleky-Weickert im Rheinlande sind freilich Einwände zu machen, welche sich nicht gegen die Art der Erhebung wenden, sondern gegen die Zulässigkeit ihrer Anwendung auf die Allgemeinheit.

Der erste Einwand ist der, daß es sich im Rheinlande um ein in wirtschaftlicher Beziehung über dem allgemeinen Durchschnitt stehendes Menschenmaterial handelt.

Zweitens, daß die von der Erhebung erfaßten Personen innerhalb einer Bevölkerung leben, deren Gesundheit seit langem von einer ausgedehnten und gut organisierten Fürsorge überwacht und gehoben ist.

Immerhin geht aus der Unstimmigkeit der Ergebnisse von Teleky, mir und anderen hervor, daß es weiterer Nachforschungen über den Einfluß der Erwerbsarbeit auf den Ablauf der Geburten bedarf[1].

Was Verzögerung der Geburt für Mutter und Kind bedeutet, braucht nur durch die Stichworte: Infektion, Totgeburt, Neugeborenensterblichkeit belegt zu werden. —

Untersuchungen von Hirsch, Peller, Küstner und Teleky lassen keinen Zweifel darüber, daß die Arbeit in den letzten Wochen der Schwangerschaft das durchschnittliche Geburtsgewicht der Neugeborenen ganz wesentlich herabsetzt.

S. Peller[2] hat an 5500 Fällen festgestellt, daß die Kinder der Nichthausschwangeren, das heißt derjenigen Schwangeren, welche bis nahe an die Zeit der Niederkunft tätig waren, weniger wogen und kleiner waren, als die Neugeborenen der Hausschwangeren, das heißt derjenigen Frauen, welche in den letzten Wochen vor der Entbindung nur mit leichten Arbeiten in der Klinik beschäftigt waren. Und daß am günstigsten standen die Kinder der Wohlhabenden, welche im Privatsanatorium entbunden wurden.

---

[1] Eine neue Erhebung des deutschen Textilarbeiterverbandes bestätigt die früheren Feststellungen und geht zum Teil darüber hinaus. Sie umfaßt 4517 Geburten. Von diesen waren 63,9% normal, 79,6% der anormalen Geburten benötigten ärztliche Hilfe. 6,2% waren Frühgeburten, 1,7% Totgeburten. 9% wurden durch Zangenoperation, 0,7% durch Kaiserschnitt beendet.

[2] S. Peller: 1. Der Einfluß der sozialen Lage auf das Gewicht und die Länge des Neugeborenen, Verhandlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte, 85. Versammlung, Teil 2, 2. Heft 1914. 2. Zur Begründung des Schwangerenschutzes durch anthropometrische Untersuchungen an Neugeborenen. Zeitschr. f. soziale Hygiene, Fürsorge- u. Krankenhauswesen 1922, 3. Jahrg., Heft 13.

Digitized by Google

Das Gewicht der Neugeborenen nach der sozialen Lage der Mütter
Durchschnittsgewicht in Gramm

Geschlecht	Ledige Nichthaus-schwangere	Verheiratete	Ledige Haus-schwangere	Sanatorium
Erstgeborene Knaben ..	3216	3306	3334	3376
Erstgeborene Mädchen..	3107	3104	3234	3237

Die Körpergröße der Neugeborenen nach der sozialen Lage der Mütter
Durchschnittsgröße in Zentimetern

Geschlecht	Nichthaus-schwangere	Haus-schwangere	Sanatorium
Erstgeborene Knaben.....	49.92	50.37	51.29
Erstgeborene Mädchen.....	49.32	49.91	50.68

Diese Feststellung hat Peller[1] neuerdings an 3000 Geburten der Jahre 1927—1929 bestätigt. Bei günstigen Lebensbedingungen der Mutter (Arbeitsruhe) in den letzten Schwangerschaftswochen zeigt sich ein Seltenerwerden von Frühgeburten, eine bessere Entwicklung der Frucht, Verminderung der Totgeburten und der Frühsterblichkeit der Neugeborenen[2].

Gewichtsbestimmungen an Frühgeborenen haben ergeben, daß nur 25% des kindlichen Stoffansatzes in den ersten 180 Tagen, 75% dagegen in den letzten 100 Tagen von dem weiblichen Organismus geleistet werden. Der Bedarf der schwangeren Frau ist also in den letzten 3 Monaten besonders stark.

Teleky-Weickert haben gewaltige Differenz zwischen den Kindern der nicht arbeitenden Fabrikarbeiterinnen und denjenigen, welche noch in den letzten 2 Wochen gearbeitet haben, festgestellt:

	Knaben		Mädchen	
	bis 2700	über 3700	bis 2700	über 3700
Von nicht arbeitenden ..	14.8%	44.5%	21.4%	27.5%
von noch in den letzten 2 Wochen arb. Frauen.	29.1%	20.9%	32.5%	26.1%

Nach Merletto Ferrara beträgt das Körpergewicht des Neugeborenen bei einer Ruhezeit der Mutter von:

40	Tagen	vor	der	Entbindung	3326 g
30	„	„	„	„	3223 g
20	„	„	„	„	3174 g
10	„	„	„	„	3014 g
0	„	„	„	„	2903 g

[1] Peller: Totgeburten und Neugeborenensterblichkeit. Kl. W. 1930, 18.

[2] Agnes Bluhm ist auf experimentalbiologischem Wege zu derselben Erkenntnis und zu sozialhygienischen Forderungen gelangt. Roux's Archiv Bd. 116, S. 348—381 (1929).

Digitized by Google

Man kann das nur so erklären, daß die Erwerbsarbeit einen solchen Kraftaufwand erfordert, daß für den Aufbau der Frucht nicht mehr die notwendigen Reserven vorhanden sind.

Aus der gleichen Kraftverschiebung ist die ebenfalls festgestellte Tatsache zu erklären, daß die Schwangerschaft der bis in die letzten Wochen erwerbstätigen Frauen oft durch Frühgeburt zu Ende geht. Am schlechtesten sind in dieser Hinsicht natürlicherweise diejenigen Frauen gestellt, die sich in den ungünstigeren Lebensumständen befinden: die verheirateten Frauen, welche außer der Erwerbsarbeit noch Hausfrauen- und Mutterpflichten zu erfüllen haben.

Aus denselben Ursachen ist auch die vermehrte Zahl der Totgeburten bei den bis zuletzt erwerbstätigen Frauen zu erklären, sei es, daß die Schwangerschaft vorzeitig zu Ende geht, sei es, daß die Kinder zwar rechtzeitig, aber untergewichtig und lebensschwach geboren werden.

Wenn nach Feststellungen von Prinzing in ganz Böhmen der Prozentsatz der Totgeburten 3.5%, in den Bezirken mit großer Textilindustrie aber wie

Schluckenau	4.1%
Rumburg	4.2%
Gabel	4.2%
Gablonz	4.8%
Friedland	5.0%
Reichenberg Land	5.0%
Reichenberg Stadt	6.6%

beträgt, so gewinnen diese Zahlen durch die oben erwähnten Feststellungen über die Einwirkungen der Erwerbsarbeit auf Dauer und Ablauf der Geburt und auf Entwicklungs- und Lebensfähigkeit des Kindes eine hinreichende Begründung in dem Sinne, daß unter allen sozialen Einflüssen der Erwerbsarbeit der Frau ein ganz besonderer Einfluß auf die Mutterschaftsleistung zukommt.

Aber auch die Arbeitspause nach der Geburt ist entscheidend nicht nur für die Gesundheit der Mutter, sondern vor allem auch für das Schicksal des Kindes. Die Säuglingssterblichkeit ist bei den Kindern der Mütter, welche sogleich nach Ablauf der vorgeschriebenen 6wöchigen Arbeitsruhe zur Arbeit zurückkehren, größer als unter den Kindern der Frauen, welche länger der Arbeit fortbleiben.

Meine darauf bezüglichen Untersuchungen[1] werden bestätigt durch Teleky-Weickert[2], welche

a) sichergestellte Mehrsterblichkeit der Kinder von arbeitenden Frauen (18.5 : 15.5%),

b) sichergestellte Mehrsterblichkeit der Säuglinge der Fabrikarbeiterinnen von der 7. Woche an (7.0 : 5.05%),

[1] l. c.

[2] l. c. Seite 87ff.

Digitized by Google

c) größere Sterblichkeit von der 6. Woche an bei den zur Arbeit zurückkehrenden (10.4 : 6.8%)

festgestellt haben.

Es hat immer wiederholter Hinweise auf die gewerbegynäkologischen Schädigungen der Fortpflanzungsleistung und schließlich der großen Aktion des Deutschen Textilarbeiterverbandes und seiner Eingabe an den Reichstag, welche Verfasser durch sein frauenärztliches Gutachten unterstützen konnte, bedurft, ehe den arbeitenden Frauen das Recht auf Arbeitsruhe vor und nach der Niederkunft erwirkt wurde[1].

2. Schutzbestimmungen und Fürsorgeleistungen

Die Mutterschaftsfürsorge hat ein festes gesetzliches durch internationalen Vertrag geschütztes Fundament:

Das Washingtoner Abkommen.

Dadurch ist das Rechtsverhältnis der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen zum Arbeitgeber auf die Weise geregelt, daß die Frauen in den Zeiten der generativen Hochleistungen die Möglichkeit und das Recht haben, der Arbeit fern zu bleiben und die durch das Reichsversicherungsgesetz ihnen gewährte Beihilfe zu genießen.

Wenn sie, wie später zu erörtern sein wird, von diesem Recht nicht den Gebrauch machen, den die Rücksicht auf die Gesundheit von Mutter und Kind fordern und der den Absichten des Gesetzgebers entspricht, so liegt der Grund in rein materiellen Hindernissen.

Die außerordentlich wichtigen Artikel 3 des Washingtoner Abkommens lauten:

Artikel 3. In allen gewerblichen und Handelsbetrieben, öffentlichen und privaten, und ihren Zweigniederlassungen, mit Ausnahme jener Betriebe, in denen nur Familienmitglieder beschäftigt sind, soll die Frau

a) während eines Zeitraumes von 6 Wochen nach ihrer Niederkunft nicht arbeiten dürfen,

b) das Recht haben, ihre Arbeit zu verlassen auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses, nach dem ihre Niederkunft vermutlich innerhalb von 6 Wochen stattfinden wird,

c) während der Zeit, während der sie auf Grund der Abschnitte a) und b) der Arbeit fernbleibt, für ihren und ihres Kindes Unterhalt in guten hygienischen Verhältnissen genügende Unterstützung erhalten. Diese Unterstützung, deren Höhe in jedem Lande von der zuständigen Stelle bestimmt wird, soll aus öffentlichen Fonds oder auf Grund einer Versicherung bezahlt werden. Außerdem hat die Frau Anspruch auf ärztliche oder Hebammenhilfe. Ein Irrtum von seiten des Arztes oder einer Hebamme über den Zeitpunkt der zu erwartenden Niederkunft soll keine Frau davon ausschließen, die Unterstützung, auf die sie Anspruch hat, vom Datum des ärztlichen Zeugnisses bis zur Niederkunft zu erhalten,

d) solange sie ihr Kind nährt, das Recht haben auf zwei Pausen zu einer halben Stunde, um ihr Kind zu nähren.

[1] s. Seite 76ff.

Digitized by Google

Artikel 4. Wenn eine Frau, mit Rücksicht auf die Absätze a) und b) des Artikel 3 oder durch noch längere Zeit infolge einer Krankheit, die sie arbeitsunfähig macht und die nach einem ärztlichen Zeugnis als Folge der Schwangerschaft oder Entbindung anzusehen ist, von der Arbeit wegbleibt, dann ist es dem Arbeitgeber, solange ihre Abwesenheit einen Zeitraum, der von den Behörden jedes Landes zu bestimmen ist, nicht überschreitet, gesetzlich nicht gestattet, ihre Entlassung auszusprechen, noch ihr für einen Zeitpunkt zu kündigen, der innerhalb der erwähnten Abwesenheit liegt.

In Deutschland gilt ferner die Arbeitszeitordnung vom 21. XII. 1923 welche die allgemeine Beschäftigungsdauer regelt. Sie sieht in § 4 für gewisse Fälle eine Überschreitung der 8stündigen Dauer um höchstens 1 Stunde für weibliche Arbeitnehmer vor. Schwangere und stillende Mütter dagegen können nach § 9 auf Wunsch davon befreit werden.

Diese Bestimmung bedarf dringend der Änderung. Die Freiwilligkeit der längeren Arbeitsleistung ist eingeschränkt durch Verdienstnotwendigkeit und Abhängigkeit vom Arbeitgeber. Es darf gar keine Rede davon sein, daß Schwangere und stillende Mütter länger als 8 Stunden arbeiten. Selbst dieser Normalarbeitstag bedarf der Beschränkung. —

Das durch das Washingtoner Abkommen verbürgte Recht der Arbeitsniederlegung vor der Geburt und den Schutz nach der Geburt genießen nur diejenigen Frauen, welche in gewerblichen und Handelsbetrieben beschäftigt sind. Aber auch diese nicht ohne Einschränkung. Die Schutzbestimmung gilt nicht für kleine Betriebe, in denen weniger als 10 Arbeiter beschäftigt sind. Sie gilt ferner nur für Arbeiterinnen, nicht für Angestellte. Sie gilt endlich, was besonders hervorgehoben werden muß, nicht für Hausangestellte und landwirtschaftliche Arbeiter.

Zwar hat schon 1921 die allgemeine Konferenz der internationalen Arbeitsorganisation eine Entschließung gefaßt, nach welcher jedes Mitglied der internationalen Arbeitsorganisation Maßnahmen treffen soll, um den Lohnarbeitern in den landwirtschaftlichen Betrieben einen einheitlichen Schutz vor und nach der Niederkunft zugewähren, wie es den in Handel- und Industrie beschäftigten Frauen durch das Washingtoner Abkommen zugestanden sei. Aber dabei ist es geblieben.

Die Tatsache, daß die Schutzbestimmungen des Gesetzes über die Beschäftigung vor und nach der Niederkunft nur für gewerbliche Arbeiterinnen, aber nicht für die in Hauswirtschaft, in Land- und Forstwirtschaft, Tierzucht und Fischerei beschäftigten Arbeiterinnen gelten, ist bis heute als Lücke empfunden worden und hat wiederholt die sozialpolitischen Ausschüsse der Parlamente beschäftigt. Daß bisher kein Ergebnis erzielt worden ist, muß um so mehr wundernehmen, als gerade das Land den Bewohnern täglich vor Augen stellt, wie dem Muttertier in den letzten Monaten der Tragzeit und nach dem Wurf zur Aufzucht der Jungen eine längere

Digitized by Google

Schutz- und Schonungsfrist gewährt wird. Der Menschenfrau aber wird diese Gunst versagt.

In Deutschland ist ein Gesetzentwurf über die Beschäftigung in der Hauswirtschaft (Hausgehilfen-Gesetz) ausgearbeitet und zur Erörterung gestellt.

Er regelt den Mutterschutz in der Weise, daß schwangere Mädchen unter Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses berechtigt sind, in den letzten 4 Wochen vor der Entbindung die Arbeit abzulehnen. Sie dürfen 14 Tage nach der Entbindung nicht beschäftigt werden und sind auch für weitere 4 Wochen berechtigt, schwere körperliche Arbeit und überhaupt jede Arbeit zu verweigern, wenn sie durch ein ärztliches Zeugnis nachweisen, daß sie wegen einer Krankheit, die Folge der Schwangerschaft oder Entbindung ist, an der Arbeit verhindert sind. Besteht das Arbeitsverhältnis länger als 6 Monate, so bilden Schwangerschaft und Niederkunft keinen Grund zur fristlosen Kündigung. Ist jedoch dem Arbeitgeber die Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses bis zur regelmäßigen Beendigung nicht zuzumuten, so kann er jederzeit mit einer Frist von 14 Tagen kündigen. Sieht die Hausfrau ihrer Entbindung entgegen, so darf der Arbeitnehmer von dem Zeitpunkt ab, an dem die Niederkunft binnen 4 Wochen zu erwarten ist, bis zum Ablauf von 2 Wochen nach der Niederkunft nur aus erheblichem Anlaß kündigen.

Der Mutterschutz der Hausangestellten bedarf um so mehr der Regelung, als sie eine hohe Zahl von unehelichen Geburten aufweisen. Mach Ottomar Spann 30—40%[1].

Soweit das im Entwurf vorgesehene Recht auf Arbeitsruhe. Es ist unzureichend. Besonders deswegen, weil es die fundamentale Forderung unberücksichtigt läßt, daß frühzeitige Trennung von Mutter und Kind zu vermeiden ist.

Dagegen stehen sowohl den Hausangestellten als auch den landwirtschaftlichen Arbeitern gleich den Angestellten in Handel und Industrie und den Arbeiterinnen auf Grund ihrer Versicherungspflicht diejenigen Sach- und Geldbezüge zu, welche die Reichsversicherungsordnung vorschreibt. Aber die erstgenannten beiden Kategorien von Arbeitern stehen hierin besonders ungünstig da. Einmal weil sie meist in die Hausgemeinschaft aufgenommen und deswegen gezwungen sind, in einem frühen Stadium der Schwangerschaft die Arbeit niederzulegen. In einem Stadium, in welchem die Leistungspflicht der Krankenkassen noch nicht beginnt. Sie stehen ferner deswegen ungünstig da, weil nach Beginn dieser Leistungspflicht die Geldunterstützung wegen des niedrigen Lohnes so gering ist, daß sie zur Bestreitung des Lebensunterhaltes für Mutter und Kind nicht entfernt ausreicht.

Die Folge ist, daß diese Arbeiterinnen mit allen Mitteln versuchen, die

[1] Hurwicz: Zur Lage der häuslichen Dienstboten vor, in und nach dem Kriege. Arch. Frauenkde. u. Konst.forschg. Bd. V (1919).

Digitized by Google

Arbeit solange wie möglich fortzusetzen und so früh wie möglich wieder zu beginnen.

Die Grenzziehung zwischen Handel und Gewerbe und Ackerbau wird von dem Washingtoner Abkommen den zuständigen Behörden der angeschlossenen Länder überlassen. Der Rücktritt vom Vertrage ist erst zehn Jahre nach dem erstmaligen Inkrafttreten möglich. —

Bemerkenswert ist ferner Artikel 2 des Washingtoner Abkommens, welcher lautet: „Für Anwendung des vorliegenden Vertrages wird mit dem Ausdruck Frau bezeichnet jede Person weiblichen Geschlechts, welches immer ihr Alter oder ihre Nationalität sei, mag sie verheiratet sein oder nicht; und der Ausdruck Kind bezeichnet jedes Kind, ein eheliches und ein uneheliches."

Das Gewicht dieser Bestimmung liegt viel mehr noch in seiner moralischen als in der hygienischen Wirkung. —

Neben dem Recht auf Arbeitsruhe genießen, wie schon gesagt, die Frauen einen Versicherungsschutz vor und nach der Niederkunft, welcher durch Reichsversicherungsordnung geregelt ist.

Die Geschichte der gesetzlich geregelten Mutterschaftsfürsorge ist nicht so sehr jung, wie im allgemeinen angenommen wird.

Die Anfänge gehen in die Zeit der Reichsgründung zurück. Die Novelle zur Gewerbeordnung vom 17. 7. 1878 enthält die ersten Bestimmungen über Arbeitsruhe der Wöchnerinnen, welche auf die Zeit von 3 Wochen nach der Niederkunft festgesetzt ist.

Auf dieselbe Zeit hat auch das erste Krankenversicherungsgesetz vom Jahre 1883 den Anspruch der gewerblichen Arbeiterin, aber nur der verheirateten, festgesetzt. Ärztliche Behandlung und Arznei standen den Wöchnerinnen nicht zu. Es sei denn, daß sie eine Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes hätten, wozu Schwangerschaftsbeschwerden aber nicht gerechnet wurden.

Die späteren gesetzgeberischen Etappen, welche den Arbeitsschutz auf 4 bis zu 6 und 8 Wochen festsetzten und auch die uneheliche Mutter bedachten, sollen hier nur erwähnt werden, da sie immerhin problemgeschichtliches Interesse bieten.

Die nächste Etappe war die, daß den Krankenkassen gewisse Leistungen, wie Gewährung von Hebammendiensten und ärztlicher Behandlung, freigestellt wurden. Aber von dieser Freiheit wurde durchaus nicht häufig und dann sehr unvollkommen Gebrauch gemacht. Immerhin waren diese Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung über die Kannleistungen der Krankenkassen Richtung gebend für die spätere Entwicklung und zeigen, wie langsam und mühselig die Zugeständnisse abgerungen werden mußten.

Der Kriegsbeginn gab dem gesetzlichen Mutterschutzgedanken einen mächtigen Antrieb, indem das Reich in der Not der Zeit seine Pflicht gegenüber dem Nachwuchs erkennt und durch das „Reichswochenhilfe" genannte Gesetz die Mutterschaftsfürsorge übernimmt. Auch für die nicht der Versicherungspflicht unterliegenden Mütter.

Digitized by Google

Diese am 3. Dezember 1914 errichtete „Reichswochenhilfe" macht kurzer Hand aus bisherigen Kann- und Mehrleistungen der Krankenkassen Pflichtleistungen und bestimmt:

1. einen einmaligen Beitrag zu den Kosten der Entbindung in Höhe von M. 25.—.
2. ein Wochengeld von M. 1.— täglich, einschließlich der Sonn- und Feietrage für 8 Wochen, von denen mindestens 6 in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen.
3. eine Beihilfe im Betrage von M. 10.— für Hebammendienste und ärztliche Behandlung, falls solche bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich werden.
4. für Wöchnerinnen, solange sie ihre Neugeborenen stillen, ein Stillgeld in Höhe von 50 Pf. täglich, einschließlich der Sonn- und Feiertrage bis zum Ablauf der 12. Woche nach der Niederkunft.

Diese Leistungen galten den Ehefrauen der Kriegsteilnehmer und vom April 1915 ab auch den unehelichen Müttern der Kinder von Kriegsteilnehmern und wurden im Laufe des Krieges durch den Eintritt des größten Teiles der Frauen in die Erwerbsarbeit und der Männer in den Heeresdienst auf nahezu alle werdenden Mütter und Wöchnerinnen ausgedehnt.

Der gegenwärtige Stand der Mutterschaftsfürsorge erhielt seine Grundlegung durch das

„Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge"

vom 26. 9. 1919, welches dem Chaos der Nachkriegszeit in dieser Sache ein Ende machte. Es fügte die Reichswochenhilfe in die Reichsversicherungsordnung ein und gliederte die Wöchnerinnen in 3 Gruppen:

1. die der Krankenversicherung angehörigen Wöchnerinnen, diese genossen die Wochenhilfe wie bisher;
2. die Familienmitglieder der Versicherten. Für diese wurde die Familienwochenhilfe geschaffen, welche zur Regelleistung der Krankenkassen gemacht und zur Hälfte vom Reich getragen wurde.
3. die in keiner Verbindung mit der Krankenversicherung stehenden „minder bemittelten" Wöchnerinnen. Diese wurden der Wochenfürsorge zugewiesen, deren Kosten das Reich tragen mußte und welche 1924 durch die Fürsorge-Pflichtverordnung vom 13. Februar 1924 an die Wohlfahrtspflege abgegeben wurde.

Nach vielen Nöten und Kämpfen, deren schwerste die Inflationszeit brachte, und nach änderndem Eingreifen in die Reichsversicherungsordnung wurde endlich durch Gesetz vom 9. Juli 1926 die Ratifikation des Abkommens der ersten internationalen Arbeitskonferenz in Washington vom 28. November 1919 über die Beschäftigung von Frauen vor und nach der Niederkunft und damit, sowie durch die Verordnung[1] vom 19. 5. 1929 der gegenwärtige Stand des gesetzlichen Mutterschutzes in Deutschland erreicht.

Die Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung lauten nunmehr:

[1] Siehe S. 94.

Digitized by Google

1. Wochenhilfe

§ 195a (1) Weibliche Versicherte, die in den letzten 2 Jahren vor der Niederkunft mindestens 10 Monate hindurch, im letzten Jahre vor der Niederkunft aber mindestens 6 Monate hindurch auf Grund der Reichsversicherung oder bei dem Reichsknappschaftsvereine gegen Krankheit versichert gewesen sind, erhalten als Wochenhilfe

1. bei der Entbindung oder bei Schwangerschaftsbeschwerden Hebammenhilfe, Arznei und kleinere Heilmittel sowie, falls es erforderlich wird, ärztliche Behandlung,

2. einen einmaligen Beitrag zu den sonstigen Kosten der Entbindung und bei Schwangerschaftsbeschwerden in Höhe von M. 10.—; findet eine Entbindung nicht statt, so sind als Beitrag zu den Kosten bei Schwangerschaftsbeschwerden M. 6.— zu zahlen,

3. ein Wochengeld in Höhe des Krankengeldes, jedoch mindestens 50 Pf. täglich für 4 Wochen vor und 6 zusammenhängende Wochen unmittelbar nach der Niederkunft,

4. solange sie ihre Neugeborenen stillen, ein Stillgeld in Höhe des halben Krankengeldes, jedoch mindestens 25 Pf. täglich, bis zum Ablauf der 12. Woche nach der Niederkunft. Der Vorstand kann einen Höchstbetrag für das tägliche Stillgeld festsetzen. Die Satzung oder die oberste Landesbehörde kann bestimmen, daß die Kassen bei Zahlung des Stillgeldes auf den Wert der regelmäßigen Inanspruchnahme von Mutterberatungsstellen, Säuglingsfürsorgestellen oder gleichartigen Einrichtungen hinweisen.

(2) Die Dauer des Wochengeldbezuges vor der Entbindung wird auf 2 weitere Wochen erstreckt, wenn die Schwangere während dieser Zeit keine Beschäftigung gegen Entgelt ausübt und vom Arzt festgestellt wird, daß die Entbindung voraussichtlich innerhalb 6 Wochen stattfinden wird. Irrt sich der Arzt bei der Berechnung des Zeitpunktes der Entbindung, so hat die Schwangere gleichwohl Anspruch auf das Wochengeld von dem in dem ärztlichen Zeugnis angenommenen Zeitpunkt bis zur Entbindung.

(3) Das Wochengeld für die Zeit vor der Entbindung wird jeweils sofort, nicht erst mit dem Tage der Entbindung fällig.

(4) Neben dem Wochengeld für die Zeit nach der Entbindung wird kein Krankengeld gewährt. Für die Zeit nach der Entbindung, in der die Wöchnerin gegen Entgelt arbeitet, wird nur das halbe Wochengeld gezahlt.

(5) Wechselt die Wöchnerin während der Leistung der Wochenhilfe die Kassenzugehörigkeit, so bleibt die erstverpflichtete Kasse für die weitere Durchführung der Leistung zuständig.

(6) Stirbt eine Wöchnerin bei der Entbindung oder während der Zeit der Unterstützungsberechtigung, so werden die noch verbleibenden Beträge an Wochen- und Stillgeld bis zum satzungsmäßigen Ende der Bezugszeit an denjenigen gezahlt, der für den Unterhalt des Kindes sorgt.

(7) Der Anspruch bleibt beim Vorliegen der übrigen Voraussetzungen auch dann bestehen, wenn die Versicherte wegen ihrer Schwangerschaft innerhalb 6 Wochen vor der Entbindung aus der Versicherung ausgeschieden ist.

§ 195b (1) Die Satzung kann den einmaligen Entbindungskostenbeitrag (§ 195a Abs. 1, Nr. 2) von 10 bis auf 25 M. erhöhen, die Dauer des Wochengeldbezuges bis auf 13 Wochen und des Stillgeldbezuges bis auf 26 Wochen erweitern.

Digitized by Google

(2) Die Satzung kann mit Zustimmung des Oberversicherungsamtes das Wochengeld höher als das Krankengeld, und zwar bis zur Höchstgrenze von drei Vierteln des Grundlohnes, bemessen.

§ 196 (1) Mit Zustimmung der Wöchnerin kann die Kasse

1. an Stelle des Wochengeldes Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim gewähren,

2. Hilfe und Wartung durch Hauspflegerinnen gewähren und dafür bis zur Hälfte des Wochengeldes abziehen.

(2) Im Falle der Nr. 1 gilt § 186 entsprechend. Dieser lautet: Wird Krankenhauspflege einem Versicherten gewährt, der bisher Angehörige ganz oder überwiegend unterhalten hat, so ist daneben ein Hausgeld für die Angehörigen im Betrage des halben Krankengeldes zu zahlen. Das Hausgeld kann unmittelbar an die Angehörigen ausgezahlt werden.

(3) Findet die Entbindung ohne Zustimmung der Kasse in einem Wöchnerinnenheime statt und wird die von der Kasse gebotene Hebammenhilfe nicht in Anspruch genommen, so erhält die Wöchnerin an Stelle der Hebammenhilfe den nach § 3a Abs. 1 festgesetzten Betrag.

§ 199. Die Satzung kann Schwangeren, die der Kasse mindestens 6 Monate angehören, wenn sie infolge der Schwangerschaft arbeitsunfähig werden, ein Schwangerengeld in Höhe des Krankengeldes bis zur Gesamtdauer von 6 Wochen zubilligen.

2. Familienwochenhilfe

§ 205a (1) Wochenhilfe erhalten auch die Ehefrauen sowie solche Töchter, Stief- und Pflegetöchter der Versicherten, welche mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben, wenn

1. sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,

2. ihnen ein Anspruch auf Wochenhilfe nach § 195a nicht zusteht und

3. die Versicherten in den letzten 2 Jahren vor der Niederkunft mindestens 10 Monate hindurch, im letzten Jahre vor der Niederkunft aber mindestens 6 Monate hindurch auf Grund der Reichsversicherung oder bei dem Reichsknappschaftsvereine gegen Krankheit versichert gewesen sind.

(2) Die Satzung kann mit Zustimmung des Oberversicherungsamtes bestimmen, wieweit von der Voraussetzung des Abs. 1, Nr. 1 abzusehen ist.

(3) Als Wochenhilfe werden die im § 195a, Abs. 1, Nr. 1, 2, 3 und 4 bezeichneten Leistungen gewährt; dabei beträgt das Wochengeld 50 Pf. und das Stillgeld 25 Pf. täglich. § 195a, Abs. 3 gilt entsprechend. Die Satzung oder die oberste Landesbehörde kann bestimmen, daß die Kassen bei Zahlung des Stillgeldes auf den Wert der regelmäßigen Inanspruchnahme von Mutterberatungsstellen, Säuglingsfürsorgestellen oder gleichartigen Einrichtungen hinweisen.

(4) Die Satzung kann den Betrag des Wochengeldes und des Stillgeldes je bis auf die Hälfte des Krankengeldes der Versicherten erhöhen.

(5) Die Familienwochenhilfe ist auch zu gewähren, wenn die Niederkunft innerhalb 9 Monaten nach dem Tode des Versicherten erfolgt. Bei Töchtern, Stief- und Pflegetöchtern ist Voraussetzung, daß sie mit dem Versicherten bis zu seinem Tode in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Berechtigt ist die Schwangere oder Wöchnerin; im Falle ihres Todes gilt § 195a, Abs. 6 entsprechend.

(6) Wechseln die Versicherten während der Leistung der Wochenhilfe die Kassen-

Digitized by Google

zugehörigkeit, so bleibt die erstverpflichtete Kasse für die weitere Durchführung der Leistung zuständig.

(7) Die Satzung kann die Dauer des Wochengeldbezuges bis auf 13 Wochen, des Stillgeldbezuges bis auf 26 Wochen erweitern. Die §§ 196—199 gelten entsprechend.

(8) Sind mehrere Krankenkassen oder ist eine Kasse mehrfach beteiligt, so ist die Wochenhilfe nur einmal zu gewähren. Unter mehreren Kassen steht der Wöchnerin die Wahl frei. Der Krankenkasse im Sinne dieser Vorschrift steht der Reichsknappschaftsverein gleich, ebenso eine Ersatzkasse hinsichtlich solcher Mitglieder, die gemäß § 507a den versicherungspflichtigen Mitgliedern gleichgestellt sind.

§ 205d (1) Zu den Aufwendungen nach § 205a, Abs. 3 erhalten die Krankenkassen einen Reichszuschuß von M. 50.— für jeden Entbindungsfall.

(2) Die Kasse hat die Zahl der entschädigten Entbindungsfälle dem Versicherungsamte nachzuweisen; diese legt die Anmeldungen der Kassen durch das Oberversicherungsamt dem Reichsversicherungsamte vor.

(3) Das Reichsversicherungsamt bestimmt das Nähere über die Nachweisung und Zahlung.

(4) Die Kasse kann beantragen, daß ihr vom Reiche ein Vorschuß gewährt wird. Er darf den Betrag nicht übersteigen, der der Zahl der voraussichtlich zu entschädigenden Entbindungen entspricht. Der Vorschuß ist bei der nächsten Abrechnung auszugleichen.

§ 376a (1) Die oberste Verwaltungsbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle setzt unter Mitwirkung der beteiligten Krankenkassen und Hebammen oder ihrer Vereinigungen die Gebühren für alle Verrichtungen und Aufwendungen der Hebammen für beide Teile verbindlich fest.

(2) Die Krankenkassen haben diesen Betrag unmittelbar an die Hebamme zu zahlen. Die Hebamme ist nicht berechtigt, weitergehende Ansprüche an die Wöchnerin zu stellen.

Um einen Begriff von der Unterstützung zu gewinnen, welche die Krankenkassen auf Grund der Reichsversicherungsordnung vom 9. Juli 1926 in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als Regelleistung gewähren, sei folgende Berechnung gegeben:

Wochenhilfe		Familienwochenhilfe	
Hebammenhilfe, Arznei, kleinere Hausmittel, bei Störungen ärztliche Hilfe			
Entbindungsbeitrag	M. 10.—	Entbindungsbeitrag	M. 10.—
Wochengeld 71 Tage à M. 2.—	M. 142.—	Wochengeld 71 Tage à M. 0.50 .	M. 33.50
Stillgeld 85 Tage à M. 1.— ..	M. 85.	Stillgeld 85 Tage à M. 0.25	M. 21.25
	M. 237.—		M. 66.75

Angenommen ist ein Grundlohn von M. 4.—, die Niederlegung der Arbeit 4 Wochen vor der Niederkunft und eine Stilldauer von 12 Wochen.

Man sieht, daß die Familienwochenhilfe nur ein kleiner Beitrag zu den Kosten der Niederkunft ist. Es sollte eine Steigerung wohl möglich sein, wenn man den Zweck im Auge hat, die Freude am Kinde wieder zu erwecken und zu erhalten.

Digitized by Google

Die Aussicht auf den Zuschuß von M. 66.75 wird kein Ehepaar und keine in häuslicher Gemeinschaft mit einem Versicherten lebende Frau für die Mutterschaft begeistern.

Die Leistungen werden höher, wenn die Schwangeren von dem Recht Gebrauch machen, schon 6 Wochen vor der Niederkunft die Arbeit niederzulegen, und wenn die Krankenkasse, wie es bisweilen geschieht, das Wochengeld höher bemißt, als die Regelleistung vorschreibt.

Für die Lohnempfänger der untersten Stufen, in denen der Grundlohn wenig mehr als M. 1.— beträgt und in den Fällen, in denen die Wochenhilfe den durch Gesetz niedrigsten Betrag von M. 0.50 Wochen- und M. 0.25 Stillgeld zahlt, in denen also die Selbstversicherten nicht besser stehen, als die Familienversicherten, reichen die Beträge nicht aus, um auch nur die Notdurft des Lebens während des letzten Monats der Schwangerschaft, während Geburt und Wochenbett zu stillen. Was ist natürlicher, als daß die Frauen die Arbeit bis zum letzten Tage der Schwangerschaft fortsetzen und das Wochenbett nach Möglichkeit abkürzen? Diesen Frauen kann gleichwohl schon unter den heutigen Bestimmungen geholfen werden auf Grund der Reichsgrundsätze über Voraussetzungen, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge vom 4. 12. 1924. Danach kann und soll diesen Frauen von den Landesfürsorgeverbänden Zuschuß zu den von den Krankenkassen gewährten Wochen- und Stillgeldern bewilligt werden. Nützlicher aber wäre es, ohne diesen Umweg die Kannleistungen der §§ 195b und 205a 4 und 7 d. RVO. zur Regelleistung zu machen und neue Kannleistungen aufzustellen.

In welchem geringen Umfange die Krankenkassen die Regelleistung verlassen und Mehrleistungen aufwenden, ist aus dem Jahrbuch des Hauptverbandes der Krankenkassen für das Jahr 1928 ersichtlich.

Die durch die RVO. in das Belieben der Krankenkassen gestellten Mehrleistungen haben gegen das Vorjahr zwar etwas zugenommen, aber bei weitem nicht in dem Maße, daß alle Möglichkeiten benutzt worden wären:

1. Die Dauer des Wochengeldbezuges ist erweitert worden (gemäß § 195b Abs. 1 RVO.)

auf 11—12 Wochen bei 33 Kassen mit 243608 Mitgl.
(Vorjahr 6 „ „ 38855 „)
„ 13—26 Wochen bei 6 „ „ 31790 „
(Vorjahr 3 „ „ 11287 „)

2. Die Dauer des Stillgeldbezuges ist erweitert worden

auf 13—15 Wochen bei 24 Kassen mit 119040 Mitgl.
(Vorjahr 8 „ „ 77373 „)
„ 16—26 Wochen bei 12 „ „ 277267 „
(Vorjahr 10 „ „ 201284 „)

Gegenüber dem Vorjahre haben demnach, wie bereits erwähnt, die Mehrleistungen der Wochenhilfe nicht unbeträchtlich zugenommen. Dabei ist allerdings an-

Digitized by Google

zunehmen, daß eine Reihe von Kassen einen satzungsmäßigen Wochengeldbezug von 11 bis 12 Wochen dann angegeben hat, wenn lediglich, den gesetzlichen Bestimmungen entsprechend, bei Niederlegung der Arbeit bereits 6 Wochen vor der Entbindung Wochengeld bezahlt wird.

3. Das Wochengeld ist höher als das Krankengeld festgesetzt und zwar vom Hundert des Grundlohnes (gemäß § 195b, Abs. 3 RVO.):

über 50—60 bei 2 Kassen mit 134471 Mitgl.
„ 60—70 „ 2 „ „ 4750 „
(Vorjahr „ 20 „ „ 129683 „)

Die scheinbar starke Abnahme der Kassen, bei denen das Wochengeld höher als das Krankengeld festgesetzt ist, beruht aller Wahrscheinlichkeit nach auf Mißverständnissen in der vorjährigen Statistik.

4. Das Stillgeld ist im Höchstbetrag (§ 195a, Abs. 1, Satz 4 RVO.) festgesetzt täglich auf:

25 Pf. (gleich dem Mindestbetrag) bei 132 Kassen mit 746739 Mitgl.
26— 30 Pf. „ 25 „ „ 122736 „
31— 40 „ „ 47 „ „ 387557 „
41— 50 „ „ 156 „ „ 1315728 „
51— 60 „ „ 40 „ „ 305900 „
61— 75 „ „ 91 „ „ 1075223 „
76—100 „ „ 70 „ „ 1575747 „
über 100 „ „ 21 „ „ 237924 „

Die Zahl der Kassen, die den Höchstbetrag des Stillgeldes auf M. 0.25 festgesetzt haben, ist noch immer nicht unbeträchtlich. Damit dürfte jedoch dem Sinne des Gesetzes nicht entsprochen werden.

5. Schwangerengeld ist gewährt worden (§ 199 RVO.):

bis 2 Wochen bei 20 Kassen mit 207280 Mitgl.
„ 3 „ „ 6 „ „ 37140 „
„ 4 „ „ 60 „ „ 553687 „
„ 5 „ „ 1 „ „ 132280 „
„ 6 „ „ 173 „ „ 1832286 „

Mit der Freiwilligkeit der Mehrleistung also ist den außerordentlich wichtigen Erfordernissen der Mutterschaftsfürsorge nicht gedient. Das kann erst dann geschehen, wenn der durch die Arbeitsruhe verursachte Lohnausfall in voller Höhe des Grundlohnes durch Regelleistung ersetzt wird.

Will man einen Begriff erhalten von den Aufwendungen, welche die Krankenkassen für den Mutterschutz machen, so bediene man sich folgender Angaben:

Wochenhilfsfälle der reichsgesetzlichen Krankenkassen nach der RVO.

	Selbstversicherte	Familienangehörige	Zusammen
1926	284364	452826	737190
1927	274374	432230	706604

Dazu kommen die Knappschafts- und Ersatzkassen.

Digitized by Google

Die Ausgaben der reichsgesetzlichen Krankenversicherung für den Mutterschutz betrugen:

1885	659054	Mark
1914	12500000	„
1924	36000000	„
1925	56500000	„
1926	63500000	„
1927	72500000	„

Dazu kommen die Ausgaben für Arznei, ärztliche Behandlung und Hebammen[1], sowie die Zuschüsse des Reiches für die Familienwochenhilfe. Rund 80% aller Geburtsfälle werden in Deutschland durch die Wochenhilfe der Krankenkassen versorgt.

Das sind sehr beträchtliche und gewiß beachtenswerte Aufwendungen, welche zeigen, daß die Krankenkassen schon heute recht eigentlich die Träger der Mutterschaftsfürsorge sind.

Über das Maß der geleisteten Wochenhilfe gibt ferner eine Aufstellung des Hauptverbandes der deutschen Krankenkassen Aufschluß. Die Erhebung umfaßt 1104 Kassen mit einer Mitgliederzahl von 10121283 und gilt für das Berichtsjahr 1928. Da nach der amtlichen Statistik des Vorjahres 2148 Ortskrankenkassen mit 13227000 Mitgliedern gezählt wurden, so sind an der Erhebung rund die Hälfte der Kassen und über $^3/_4$ der Mitglieder beteiligt.

Wochenhilfe

	Berichtende Kassen	mit Mitgliedern	Fälle insges.	Fälle je 100 Mitgl.
Wochenhilfe für Mitglieder	925	9273581	148813	1.60
Wochengeld	925	9273581	148813	1.60
Davon für 5. und 6. Woche vor der Entbindung	355	4801234	10045	0.21
Stillgeld	925	9273581	133668	1.44
Kur und Verpflegung in Wöchnerinnenheimen	161	2347486	8271	0.35
Wöchnerinnenhauspflege	9	419783	340	0.08
Schwangerengeld	84	1618472	3741	0.23
Familienwochenhilfe	925	9273581	155741	1.68
Wochengeld	925	9273581	155741	1.68
Stillgeld	925	9273581	142587	1.54
Kur- und Verpflegung in Wöchnerinnenheimen	161	2347486	3860	0.16
Wöchnerinnenhauspflege	7	208854	381	0.18
Schwangerengeld	5	56150	137	0.24

[1] Die Gebühr der Hebamme für ihre Hilfeleistung ist gemäß dem Gesetz behördlich zu regeln. Preußen hat sie durch das Ministerium für Volkswohlfahrt auf M. 36.— festgesetzt. Die Hebammenhilfe erstreckt sich nicht nur auf den Gebärvorgang, sondern auch auf die Wochenbettbesuche. Dagegen nicht auf Untersuchungen während der letzten Zeit der Schwangerschaft, welche die Lage des Kindes oder die Bestimmung des Geburtstermins zum Gegenstand haben.

Digitized by Google

Die Mehrzahl aller Geburten in Deutschland, und das sind rund 80%, laufen durch die Bücher der Krankenkassen und werden von ihnen mit den satzungsmäßigen Leistungen unterstützt. Die außerordentlich zunehmende Leistung der Krankenkassen auf dem Gebiete der Wochenhilfe ist aus folgender Zusammenstellung ersichtlich:

Es gaben pro Kopf der Versicherten aus

	1914	1927
die Ortskrankenkassen ..... M.	0.90	3.50
die Betriebskrankenkassen ..... M.	0.80	3.90
die Innungskrankenkassen ..... M.	0.30	2.20

Die Zersplitterung im Krankenkassenwesen und der Bestand und die Erhaltung von Liliputanerbetrieben, welche nicht leistungsfähig sind, ist auch der Mutterschaftsfürsorge außerordentlich abträglich.

In wie vielen Fällen des Wochengeld bereits für die 5. und 6. Woche vor der Entbindung in Anspruch genommen wurde, ist nur von wenigen Kassen festgestellt worden. Soweit die Feststellung erfolgte, haben nur etwa 12% der Versicherten die Arbeit bereits 6 bzw. mehr als 4 Wochen vor der Entbindung niedergelegt und Wochengeld bezogen. Nach dem inzwischen zugänglich gewordenen Bericht für 1929 haben von den Versicherungspflichtigen 21%, von den Versicherungsberechtigten 10% die verlängerte Wochenhilfe in Anspruch genommen. Es haben also immer noch 80% in den letzten 6 Wochen der Schwangerschaft gearbeitet.

Klage wird von den Krankenkassen geführt, daß sie durch unzutreffende Voraussage des bevorstehenden Termins der Niederkunft in immer steigendem Maße belastet werden. Es komme vor, daß sie weit mehr als 6 Wochen, ja bis zu 13 Wochen Wochenhilfe zahlen mußten. Den Termin der Niederkunft zu bestimmen, ist gewiß nicht immer leicht, bisweilen sogar unmöglich. Aber man kann durch Übung doch zu gewissen Normen kommen, wenn man Anamnese und körperliche Untersuchung in Einklang zu bringen sich bemüht[1]. —

Gestillt haben ihre Neugeborenen etwa 90% der Versicherten (im Jahre 1929 nur 84%) und etwa 92% der Familienmitglieder. In einem Wöchnerinnenheim fanden Aufnahme etwa $5^1/_2$% (im Jahre 1929 8%) der Versicherten und etwa $2^1/_2$% der Familienangehörigen. Schwangerengeld erhielten $2^1/_2$% der Versicherten. Nach der amtlichen Statistik für 1926 treffen insgesamt 3.7 Wochenhilfsfälle auf 100 Mitglieder, so daß sich eine Abnahme zeigt von 3.7 auf 3.28.

[1] Bakscht: Bestimmung des Schwangerschaftstermins zwecks Beurlaubung der schwangeren Arbeiterinnen. Arch. Frauenkde. u. Konst.forschg. Bd. 14, Heft 2 (1930). —

Schmerling: Die Schwangerschaftsdauer beim Menschen und das Gesetz ihrer individuellen Veränderlichkeit. Arch. Frauenkde. u. Konst.forschg. Bd. 16, Heft 4.

Digitized by Google

Sehr aufschlußreich ist eine Sondererhebung für die Zeit vom 1. Oktober 1927 bis 1. Oktober 1928.

An der Erhebung beteiligt waren 478 Kassen mit 4935455 Mitgliedern.

430 Kassen mit 4699495 Mitgliedern machten Angaben über den Zeitpunkt, in dem die Schwangeren die Arbeit niedergelegt haben. Dabei wurden 54374 versicherte Schwangere erfaßt.

Sechs bzw. mehr als 4 Wochen vor der Entbindung haben die Arbeit niedergelegt und Wochengeld bezogen 8096 = 14.9% der erfaßten Schwangeren.

Vier Wochen vor der Entbindung mit dem Bezug des Wochengeldes haben die Arbeit niedergelegt 13297 = 24.5%.

In den letzten 4 Wochen vor der Entbindung haben gearbeitet 32981 = 60.7%.

Versicherte Wöchnerinnen wurden 76531 erfaßt. Das Wochengeld nach der Entbindung haben voll bezogen 75554 = 98.7%. Davon länger als 6 Wochen — bei einer entsprechenden Satzungsbestimmung nach § 195b — 335 = 0.4%. Wegen vorzeitiger Wiederaufnahme der Arbeit haben halbes Wochengeld nach § 195a, Abs. 4 bezogen 977 = 1.3%.

Stillgeld für 12 Wochen haben 50946 = 66.6% der versicherten Wöchnerinnen bezogen, für kürzere Zeit bei vorzeitiger Einstellung des Stillens 18598 = 24.3% aller Wöchnerinnen oder 26.2% der stillenden Wöchnerinnen, mehr als 12 Wochen bei einer entsprechenden Satzungsbestimmung nach § 195b RVO. 1420 Wöchnerinnen = 1.8%. Insgesamt haben 92.7% der versicherten Wöchnerinnen gestillt, davon 68.4% 12 Wochen oder länger.

In einem Wöchnerinnenheim wurden 3749 = 4.9% versicherte Wöchnerinnen untergebracht.

Außerdem wurden 72424 Fälle der Familienwochenhilfe erfaßt. Die verhältnismäßig geringere Zahl gegenüber den versicherten Wöchnerinnen erklärt sich daraus, daß sich an der Sondererhebung hauptsächlich solche Kassen beteiligt haben, bei denen ein großer Prozentsatz von Frauen versichert ist (starke Beteiligung der Kassen aus den sächsischen Industriegebieten).

Von den Familienangehörigen haben Stillgeld erhalten für 12 Wochen 52609 = 72.6%, für kürzere Zeit bei vorzeitiger Einstellung des Stillens 12134 = 16.7% aller Wöchnerinnen in der Familienwochenhilfe oder 18.2% der überhaupt Stillenden; mehr als 12 Wochen bei einer entsprechenden Satzungsbestimmung nach § 205a RVO. 1738 = 2.4%. Insgesamt haben in der Familienhilfe 91.7% der Wöchnerinnen gestillt.

2335 = 3.2% Familienangehörige wurden von der Krankenkasse in einem Wöchnerinnenheim untergebracht. Zu bemerken ist noch, daß die angegebenen Fälle der Unterbringung in einem Wöchnerinnenheim kein richtiges Bild von der wirklichen Zahl der Anstaltsentbindungen geben, da häufig die Wöchnerinnen auf eigene Kosten, das heißt unter Verwendung des Wochengeldes, der Entschädigung für die Hebammenhilfe und des Entbindungskostenbeitrages eine Entbindungsanstalt aufsuchen.

Die Reichsgrundsätze über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge vom 4. 12. 1924 gelten für diejenigen Frauen, welche weder selbst versichert sind, noch zum Haushalt eines Versicherten gehören, oder deren Anspruch an die Krankenkasse noch nicht begonnen

Digitized by Google

hat, weil die Wartefrist noch nicht erfüllt ist, oder deren Anspruch erloschen ist, weil sie durch Arbeitsniederlegung aus der Kasse ausgeschieden sind und versäumt haben, die freiwillige Mitgliedschaft zu erwerben.

Auch für diese treten die Landesfürsorgeverbände ein in Gestalt der

Wochenfürsorge.

Diese Reichsgrundgesetze bestimmen in § 12: Schwangeren und Wöchnerinnen sind je nach Art und Grad der Hilfsbedürftigkeit ärztliche Behandlung, Entbindungskostenbeitrag und Wochengeld, Wöchnerinnen, die ihr Kind stillen, außerdem Stillgeld zu gewähren. Die Hilfe soll ihnen das sicher stellen, was die Reichsversicherungsordnung den Familienangehörigen eines Versicherten gewährt. An die Stelle barer Beihilfen können auch Sachleistungen treten.

Die Wochenfürsorge ist den Jugendämtern übertragen, denen zugleich die wirtschaftliche Schwangerenfürsorge, die amtliche Vormundschaft und das Pflegekinderwesen obliegt. Die Art der Unterstützung ist nicht in allen Städten gleich.

Als Beispiel sei Berlin gegeben. Durch die städtischen Grundsätze in Berlin wird der Kreis der Unterstützungsberechtigten durch die Bestimmung begrenzt, daß die Frauen oder ihre Männer im letzten Monat vor der Entbindung weniger verdient haben, als das $2^1/_2$fache der städtischen Unterstützungssätze ausmacht, also zum Beispiel im Jahre des Berichts 1928 weniger als 122.50 M. Für jedes im Haushalt befindliche Kind werden M. 40.— hinzugerechnet. Es kann aber in besonderen Fällen über diesen Normalsatz hinausgegangen werden, so daß die Jugendämter die Möglichkeit haben, jede wirkliche Notlage zu beheben.

An Leistungen gewährt die Wochenfürsorge in Berlin:

a) Kostenfreie Entbindung durch die Hebamme und, soweit notwendig, ärztliche Behandlung durch den Wohlfahrtsarzt; außerdem Arznei und kleinere Heilmittel.

b) Einen einmaligen Beitrag zu den sonstigen Kosten der Entbindung in Höhe von M. 10.—.

c) Um der Mutter vor und nach der Entbindung eine ausreichende Schonung zu ermöglichen, wird ihr für 4 Wochen vor und 6 zusammenhängende Wochen unmittelbar nach der Entbindung ein Wochengeld von 1.20 M.[1] täglich gewährt. Für die Zeit vor der Entbindung kann die Bezugsdauer um zwei weitere Wochen verlängert werden, wenn der Arzt der städtischen

[1] Das Wochengeld kann bis zu M. 2.— erhöht werden, wenn das steuerfreie Einkommen im letzten Monat vor der Entbindung betrug 1. bei Ledigen weniger als M. 48.—; 2. bei Ehepaaren ohne Kind weniger als M. 72.—. Hierzu tritt für jedes Kind ein Zuschlag von M. 16.—.

Digitized by Google

Schwangerenfürsorgestelle bescheinigt, daß die Entbindung voraussichtlich innerhalb 6 Wochen stattfinden wird und eine Beschäftigung gegen Entgelt nicht ausgeübt wird.

Frauen, die Wochengeld beziehen, haben die Pflicht, sich, wenn notwendig, den städtischen Schwangerenfürsorgestellen vorzustellen.

Soweit eine Frau, die auf Wochenfürsorge Anspruch hat, mit Zustimmung des zuständigen Jugendamtes eine Entbindungsanstalt aufsucht, können die Kosten in der Entbindungsanstalt gleichfalls von der Stadt getragen werden; während des Aufenthalts in der Entbindungsanstalt fällt aber das Wochengeld weg.

d) Stillgeld von M. 0.60 täglich auf die Dauer von 12 Wochen, sofern durch Bescheinigung der städtischen Säuglingsfürsorgestellen nachgewiesen wird, daß die Mutter das Kind stillt (dieser Nachweis ist durch eine Bescheinigung des Arztes der Säuglingsfürsorgestelle oder der Anstalt zu erbringen).

Der Antrag auf Gewährung der Wochenfürsorge ist bei dem Jugendamt desjenigen Verwaltungsbezirks zu stellen, in dessen Bereich die Mutter wohnt. In Zweifelsfällen frage man die Schwangerenfürsorgestelle. Über die Art des Nachweises, daß die Einkommensverhältnisse einen Anspruch auf Wochenfürsorge begründen bzw. daß Anspruch auf Wochenhilfe oder Familienwochenhilfe nicht besteht, geben die genannten Stellen jederzeit Auskunft. (Im allgemeinen wird Bescheinigung des Wohlfahrtskommissionsvorstehers bzw. Bescheinigung der Krankenkasse oder des Arbeitgebers verlangt.)

Es ist zu betonen, daß Wochenfürsorge nur dann gezahlt wird, wenn nachgewiesen wird, daß Anspruch auf die Leistungen der Krankenkasse (Wochenhilfe, Familienwochenhilfe) nicht besteht. Zur Vermeidung von Verzögerungen wende man sich daher stets zuerst an die Krankenkasse und lasse sich evtl. bescheinigen, daß Anspruch auf Kassenleistung nicht vorliegt.

Im übrigen wende sich die werdende Mutter an das Jugendamt bzw. die Schwangerenfürsorgestelle. Diesen kommt es nicht auf die Formalitäten an, sondern darauf, daß schnell und gründlich geholfen wird.

Im Gegensatz zu anderen Fürsorgeleistungen werden die Leistungen der Wochenfürsorge in der Regel nicht zurückverlangt. Insbesondere trifft dies zu, wenn für die Rückzahlung der eheliche Vater, die eheliche Mutter, die uneheliche Mutter oder die Großeltern in Frage kämen. Einzig auf den unehelichen Vater wird evtl. zurückgegriffen, aber auch nur dann, wenn hierdurch die Alimentenzahlung nicht gefährdet wird.

Besonders hingewiesen sei darauf, daß das Wochengeld nicht erst nach der Entbindung, wie meist in früherer Zeit, sondern auf Grund der Bescheinigung einer Beratungs- oder Fürsorgestelle oder eines Arztes schon vor der

Digitized by Google

Entbindung ausgezahlt wird, so daß es in der Tat der Schwangerenfürsorge dienen kann.

Wichtig ist ferner, daß das Wochengeld noch auf weitere 2 Wochen ausgezahlt wird, falls sich die Geburt verzögert, und sogar bis zu dem Zeitpunkt der Geburt, falls sich Arzt oder Hebamme im Termin der Niederkunft geirrt haben.

Für Familienangehörige dagegen, welche nicht erwerbstätige Frauen sind, bleibt die Unterstützungszeit von 4 Wochen vor der Niederkunft bestehen.

So sehr demnach anzuerkennen ist, daß die Reichsgesetzgebung sich bemüht hat, für alle Kategorien von Frauen zu sorgen, so ist doch das Maß der Beihilfen, wie zum Beispiel in dem Falle, in welchem die Wochenhilfe alleinstehenden, nicht versicherten Frauen nur in der Höhe der Familienwochenhilfe gewährt wird, viel zu gering, um Mutter und Kind vor Verelendung zu schützen oder gar der werdenden Mutter Anreiz und Mut zu geben, ihre Schwangerschaft zum gedeihlichen Ende zu führen.

Damit ist der gegenwärtige Stand der Mutterschaftsfürsorge während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gekennzeichnet. Über ihre Notwendigkeit braucht daher nicht mehr gesprochen zu werden. Ich glaube nicht, daß es heute noch jemanden gibt, sei er Arzt oder Sozialpolitiker, welcher sie entbehren möchte. Sie ist gegründet:

1. Auf der Erkenntnis der Schäden, welche die bis an das Ende der Schwangerschaft fortgesetzte Erwerbsarbeit der Mutter für Geburt und Wochenbett und für das Neugeborene bringt.

2. Auf der Erkenntnis, daß, wenn der Wille zum Kinde gestärkt werden soll, das Mutterwerden und Muttersein den Frauen erleichtert werden muß.

3. Erweiterungsvorschläge und Endziel

Die Notwendigkeit der Mutterschaftsfürsorge steht demnach heute jenseits aller Zweifel. Über ihr Ausmaß aber und über die für sie aufzuwendenden Leistungen bedarf es noch der weiteren Aussprache.

Um die Unterlagen dafür zu finden, ist es notwendig, festzustellen, in welchem Umfange die Frauen heute von dem Recht der Arbeitsruhe vor der Entbindung Gebrauch machen. Da ergibt sich denn die überraschende Tatsache, daß die Wochenhilfe vor der Geburt nur von einem unerwartet kleinen Teil der schwangeren Frauen in Anspruch genommen wird.

Über die Niederlegung der Arbeit vor der Geburt hat der Hauptverband Deutscher Krankenkassen die bereits erwähnte Erhebung veranstaltet für die Zeit vom 1. Oktober 1927 bis zum 1. Oktober 1928.

Digitized by Google

Die Erhebung erstreckte sich auf 478 Ortskrankenkassen mit 5000000 Versicherten. Erfaßt wurden:

76 521 Entbindungen von Versicherten
74 424 Entbindungen von Familienversicherten.

Es ergab sich, daß die Arbeit niedergelegt haben:

15% mehr als 4 Wochen vor der Niederkunft,
24% 4 Wochen vor der Niederkunft
60% später.

Das Gesetz hat also das Ziel der Arbeitsruhe während der letzten 4 bzw. 6 Wochen der Schwangerschaft nicht erreicht.

Nicht viel besser wird es nach der Verordnung vom 19. Mai 1929, welche das Wochengeld auf $^3/_4$ des Grundlohnes festsetzt, werden, da auch diese den die Arbeit niederlegenden Frauen immer noch keinen vollen Ersatz des Lohnausfalles gewährt.

Eine Erhebung der Ortskrankenkasse München-Gladbach hat nachgewiesen, daß selbst von den unterstützten Frauen noch 22.8% und von den nicht unterstützten 38.5% der Frauen in der letzten Woche vor der Entbindung gearbeitet haben.

Teleky-Weickert[1] haben 5145 Geburten von Fabrikarbeiterinnen durch eine Erhebung erfaßt. Davon haben rund 57% während der Schwangerschaft überhaupt nicht gearbeitet. Das ist zweifellos ein Zeichen, daß es sich bei diesen Frauen, wie schon einmal erwähnt, um eine sehr günstige wirtschaftliche Auslese handelt, von der sich ein so großer Teil die Arbeitsruhe während der ganzen Schwangerschaft leisten kann. Von den übrigen hat der sehr erhebliche Teil von 13.8% schon vor dem 7. Schwangerschaftsmonat die Arbeit eingestellt. Vor dem Beginn des durch Gesetz zugestandenen Rechtes auf Arbeitsruhe aber, das heißt vor der 4. Woche vor der Entbindung sogar 46%. Ein Zeichen, daß von den Frauen das Bedürfnis dazu gefühlt sein muß und daß seine Befriedigung nur davon abhängt, daß man es sich leisten kann.

Immerhin haben von den Arbeitenden doch noch 54% während des letzten Monats gearbeitet, obwohl ihnen das Gesetz die Möglichkeit gibt, auf Grund ärztlichen Zeugnisses schon 6 Wochen vor der Niederkunft die Arbeit einzustellen.

Diejenigen Frauen (54%), welche während des letzten Monats der Schwangerschaft gearbeitet haben, hat Teleky nach ihrer wirtschaftlichen Lage in 2 Gruppen geteilt: Die alleinstehenden und die von Ehemann oder Familie unterstützten. Von den ersteren haben 70.4%, von den letzteren 52.7% im letzten Monat gearbeitet. Man geht nicht fehl, wenn man die Erklärung in der Tatsache sieht, daß die Geldunterstützung durch die gesetzliche

[1] l. c.

Digitized by Google

Wochenhilfe, welche bestenfalls die Höhe des Krankengeldes, das heißt die halbe Höhe des Grundlohnes beträgt, nicht ausreicht, um den Lebensbedarf zu decken. Das allein ist auch zweifellos der Grund, daß selbst in der letzten Woche vor der Entbindung noch 38.5% der alleinstehenden und selbst 22.8% der in Ehe oder Familie lebenden Frauen arbeiten, und daß 8.8% der Alleinstehenden und 8.01% der von Angehörigen Unterstützten erst innerhalb der letzten 3 Tage vor der Geburt zu arbeiten aufhören.

Zu ähnlichen Ergebnissen ist auch Beintker in seiner Studie über die „Schwangeren in der Sozialversicherung" gekommen. Sie lauten:

1. $^1/_5$ aller Versicherten arbeitet bis unmittelbar vor der Geburt.
2. Von den gewerblichen Arbeiterinnen sind es sogar $^1/_4$.
3. Bis in den letzten Monat hinein arbeiten:
   a) Von allen Versicherten 48.3%,
   b) von den gewerblichen Arbeiterinnen 55.5%.

Alice Vollnhals hat an den Mitgliedern der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin gleichfalls festgestellt, daß nur $^1/_4$ der erwerbstätigen Frauen von dem Recht der Arbeitsruhe 6 Wochen vor der Entbindung Gebrauch machen, obwohl alle Frauen zugeben, daß die Arbeit ihnen Beschwerden macht. Sie hat festgestellt, daß von 303 Frauen gearbeitet haben:

bis zu	1	Woche	vor	der	Entbindung	82	=	27.0%
„	„ 2	Wochen	„	„	„	31	=	10.2%
„	„ 3	„	„	„	„	37	=	12.2%
„	„ 4	„	„	„	„	24	=	7.9%
„	„ 5	„	„	„	„	35	=	11.5%
„	„ 6	„	„	„	„	20	=	6.6%
mehr als	6	„	„	„	„	74	=	24.6%
						303	=	100%

Fragen wir nach dem Grund dieser merkwürdigen Erscheinung, so ergibt sich weiter, daß sie nicht darauf zurückzuführen ist, daß die schwangeren Frauen eine Arbeitsruhe nicht für notwendig oder nicht für wünschenswert erachten, etwa weil sie sich den Anforderungen, welche die Vereinigung von Erwerbsarbeit und Schwangerschaft an den Körper stellen, gewachsen fühlen. Sondern die Ursache liegt in dem unzureichenden materiellen Ersatz, welchen die Wochenhilfe für den Lohnausfall bietet.

Das Gesetz bestimmt das Wochengeld in Höhe des Krankengeldes. Dieses beträgt als Regelleistung 50%, als Mehrleistung bis zu 75% des Grundlohnes.

So beachtenswert diese Festsetzung des Krankengeldes für den Krankheitsfall als Schutzbestimmung gegen Mißbrauch der sozialen Versicherung und gegen die Flucht in die Krankheit ohne Zweifel ist, so unzureichend und verfehlt erscheint sie für das Wochengeld in der Mutterschaftsfürsorge,

[1] . c. S. 172.

Digitized by Google

deren ausgesprochener Zweck ja gerade der ist, die Frauen zur Aufgabe der Erwerbsarbeit in den letzten 4 Wochen der Schwangerschaft zu bewegen.

Auch das Gesetz über Wochenhilfe vom 18. 5. 1929, durch welches die Reichsversicherungsordnung eine Änderung erfahren hat, kann den fürsorgerischen Notwendigkeiten nicht genügen. Vor der Änderung des Gesetzes ist für die Zeit vor der Entbindung das Wochengeld nur in Höhe des Krankengeldes gezahlt worden, auch wenn die Schwangere keine Beschäftigung gegen Entgelt ausgeübt hat. Nach der neuen gesetzlichen Vorschrift erhalten diejenigen, die gegen Entgelt in der Zeit vor der Entbindung arbeiten, soweit ein Anspruch geltend gemacht werden kann, nur ein Wochengeld in Höhe des Krankengeldes = 50% des Grundlohnes, während die anspruchsberechtigte Schwangere, die keine Beschäftigung gegen Entgelt ausübt, statt 50% 75% des Grundlohnes Wochengeld erhält. Nach den neuen gesetzlichen Vorschriften wird nicht nur, wie es nach früherem Recht der Fall war, für die Zeit nach der Entbindung neben Wochengeld kein Krankengeld gezahlt, sondern es wird grundsätzlich sowohl für die Zeit vor, wie für die Zeit nach der Entbindung neben Wochengeld kein Krankengeld gewährt.

Durch das neue Gesetz über Wochenhilfe ist aber noch eine Änderung getroffen worden, die für die Schwangeren und Wöchnerinnen von außerordentlicher Bedeutung ist. Bis zum Inkrafttreten des neuen Gesetzes blieben nur arbeitsunfähige Erkrankte Mitglieder ihrer Krankenkasse, solange die Kasse ihnen Leistungen zu gewähren hatte. In vielen Fällen ist es vorgekommen, daß eine Wöchnerin in der 4. Woche nach der Entbindung erkrankte, ohne daß die Krankenkasse in der Lage war, Leistungen zu gewähren. In dem neuen Gesetz ist vorgesehen, daß nicht nur arbeitsunfähig Erkrankte, sondern auch Schwangere und Wöchnerinnen, solange sie Anspruch auf Wochen- oder Schwangerengeld haben und nicht gegen Entgelt arbeiten, Mitglieder ihrer Krankenkasse mit vollen Anrechten bleiben.

Aber auch bei dieser Bestimmung werden die Schwangeren es vorziehen, zu arbeiten und auf diese Weise Arbeitsverdienst plus Wochenhilfe gleich 150% des Grundlohnes zu vereinnahmen.

Aus dieser Schwierigkeit gibt es nur einen Ausweg: Wochenhilfe in Höhe des vollen Grundlohnes und Arbeitsverbot.

Aus diesen Darlegungen ist die Mindestforderung abzuleiten, daß die schwangere Arbeiterin 8 Wochen vor der Niederkunft von dem Erwerbszwange befreit werden muß. Für die Volksgesundheit und für die Stärkung des Willens zum Kinde nützlicher wäre zweifellos eine Arbeitsruhe von 3 Monaten vor der Niederkunft. —

Digitized by Google

Was nun die Wiederaufnahme der Arbeit nach der Geburt anbetrifft, so ist festgestellt, daß ein sehr großer Teil der Frauen mit dem Aufhören der Unterstützung (Wochenhilfe), das heißt also mit dem Ende der 6. Woche nach der Niederkunft wieder in die Fabrik geht. So daß bis zum Ende des 3. Monats fast 75% der während des 1. Jahres nach der Geburt überhaupt arbeitenden wieder in die Arbeit eingetreten sind. Grund: Knappheit der Lebensunterhaltsmittel.

Was das für den Säugling bedeutet, beweist die jüngste Erhebung in München-Gladbach, welche ergeben hat, daß von den nicht erwerbstätigen Frauen 80.8% von den nicht in die Arbeit zurückkehrenden 84.4% von den in die Arbeit zurückkehrenden aber nur 63.9% nach der 6. Woche ihren Säugling stillen.

Von den nach dem Ablauf der 12. Woche, das heißt nach Aufhören der Unterstützung durch Stillgeld in die Arbeit zurückkehrenden Frauen stillen nur 25%, von den nicht in die Arbeit zurückkehrenden Frauen dagegen über 50% länger als ein Vierteljahr.

Säuglingssterblichkeit und soziale Lage der Eltern gehen eng zusammen. Die meisten Säuglinge sterben in denjenigen Gegenden, wo die Frauenarbeit am meisten verbreitet ist. Daneben aber spielt der Stand der geistigen und sittlichen Bildung eine erhebliche Rolle. In Preußen starben von 100 Säuglingen im ersten Lebensjahre in den Kreisen

der öffentlichen Beamten	16.5%
der privaten Beamten	17.5%
der selbständigen Erwerbstätigen	18.4%
der Fabrikarbeiter	20.7%
der Knechte	30.0%
der Tagelöhner	32.0%
der Almosenempfänger	36.3%

Je größer die Kinderzahl der Familie, um so mehr Säuglinge sterben. In den Mietskasernen der Großstädte sterben weit mehr als in den Arbeitergartenstädten Englands.

Entscheidend ist die Ernährung des Säuglings durch die Muttermilch. Sie ist seine Lebensfrage. Physiologische Stillunfähigkeit kommt vor, ist aber sehr selten. Trotzdem haben in Berlin im Jahre 1900 nur $^1/_3$ aller Mütter ihre Säuglinge gestillt. Großzügige Propaganda und die Not des Krieges haben das wesentlich gebessert. Auch Stillprämien und andere Unterstützungen haben viel dazu beigetragen.

Die Kriegswochenhilfe wurde seiner Zeit nicht nur den Frauen der Versicherten, sondern auch den Frauen der im Felde befindlichen Männer in Form eines täglichen Stillgeldes von 50 Pf. gezahlt.

Diese Stillgelder wurden durch Gesetz vom 26. 9. 1919 zur ständigen

Digitized by Google

Einrichtung gemacht. Auch die Geistlichkeit wurde in die Propaganda eingespannt. (Hirtenbrief der deutschen Bischöfe vom 20. 8. 1913 und Augsburger Ordinariatserlaß vom 6. 3. 1916).

Über die Aufbesserung des Willens zum Stillen geben die Erhebungen von A. Fischer Aufschluß:

	1911	1915
in 5 badischen Stadtgebieten stillten länger als 2 Monate ...	53 %	75 %
„ 5 „ Landgemeinden „ „ „ 2 „ ...	50.7%	70.8%

Die Umfrage von A. und E. Schlossmann und Pankow in ärztlichen Familien über 721 Kinder hatte folgendes Ergebnis:

Es wurden gestillt	nach Rietschel-Meinert 1909		nach Schloßmann 1921	
gar nicht	23.6%	40.9%	14.9%	30.9%
bis zu 2 Monaten..	17.3%		16.0%	
„ „ 5 „ ..	22.7%		17.0%	
über 5 Monate ..	36.3%		52.1%	

Die Stilltätigkeit überhaupt beträgt heute dank Erziehung durch die Not der Kriegs- und Nachkriegszeit, welche noch fortwirkt, ca. 95%, die Stilldauer dagegen wird ganz nach wirtschaftlichen Rücksichten eingerichtet.

Aus einer Umfrage des Hauptverbandes Deutscher Krankenkassen geht hervor, daß 93% der erfaßten versicherten Wöchnerinnen ihre Säuglinge gestillt haben, daß aber 24% aller versicherten Wöchnerinnen und 26% der überhaupt stillenden Frauen vorzeitig aufgehört haben.

Von der Stilldauer aber hängt die Säuglingssterblichkeit ab.

Über 6 Monate stillen ihr Neugeborenes:

von den Nichterwerbstätigen	25%
von denjenigen Arbeiterinnen, die nicht zur Arbeit zurückkehren	24%
von denjenigen, welche in die Arbeit zurückkehren	8%

Dazu trägt sicherlich der Übelstand bei, daß der Fortsetzung des Stillens während der Arbeit in der Fabrik Schwierigkeiten entgegenstehen, welche durch die Vorschriften der Gewerbeordnung, wonach den stillenden Frauen geeignete Räume in der Fabrik und 2 Pausen von je $^1/_2$ Stunde zustehen, nicht behoben werden. Diese Zeit würde nur genügen, wenn der Mutter das Kind an die Arbeitsstätte gebracht würde. Und hierzu wird es meist an den verfügbaren Personen fehlen.

In Italien werden die Großbetriebe durch Gesetz zur Einrichtung von Stillstuben angehalten. In Frankreich haben die Frauen das gesetzliche Recht, ihre Kinder in den Fabriken während der Arbeitszeit zweimal je 30 Minuten zu stillen, ohne Lohnabzug zu erleiden. In Deutschland hat man sich bisher auf eine ministerielle Anregung zur Errichtung von Stillstuben beschränkt. Einige Großbetriebe

Digitized by Google

haben aus eigener Initiative solche Einrichtungen getroffen und sind zufrieden. Auch die Hebammen sind durch Ministerialerlasse in die Stillpropaganda eingespannt worden. Die Wiener Stillstuben setzen den Hebammen für jede gemeldete stillende Wöchnerin eine Prämie aus.

Das Stillgeld also übt einen gewissen Einfluß auf die Stilldauer und auf den Zeitpunkt der Rückkehr zur Arbeit aus. Nach Aufhören der Unterstützungsfrist sinkt die Zahl der stillenden Mütter schnell ab. Ein Teil derer, welche in die Arbeit zurückkehren, hören schon mit dem Stillen auf in einer Zeit, in welcher sie noch Anspruch auf Stillgeld hätten.

Wenn das Stillgeld Wirkung ausüben soll, muß es so bemessen sein, daß damit 2 l Milch gekauft werden können. Nach einer Umfrage des Textilarbeiter-Verbandes 1928/29 reichte es in den meisten Orten Deutschlands kaum für 1 l aus.

Eine sehr verdienstliche Einrichtung hat die Stadt Dresden mit der Verdienstausfallsentschädigung geschaffen, welche an stillende Mütter, gleichgültig ob ehelich oder unehelich, auf Antrag nach Wegfall des Wochengeldes ausgezahlt wird. Diese Entschädigung gilt nicht nur der Unterstützung mittelloser stillender Mütter, um sie von dem Arbeitszwang zu bewahren, sondern auch als Beihilfe für erwerbstätige Mütter, um den Lohnausfall zu decken. Sie ermöglicht ein langes Zusammenbleiben von Mutter und Kind und bedeutet für die Gemeinde insofern eine Ersparnis an Kosten, als dadurch die Unterbringung der Kinder in Heime und Pflegestellen entbehrlich wird. Die Entschädigung beträgt wöchentlich M. 15.— und wird nach Ablauf der Wochenzeit bis zum Ende des 1. Lebensvierteljahres ausgezahlt. Sie verpflichtet nicht zur Rückzahlung. Sie ist gebunden

1. an den Nachweis der Stilltätigkeit,

2. an den Nachweis der Arbeitsmöglichkeit nach Ablauf der Beurlaubung von der Arbeit (Bescheinigung des Arbeitgebers).

Die Einrichtung hat sich gut bewährt und ist nach dem Verwaltungsbericht des Jugendamtes der Stadt Dresden im Jahre 1928 fortlaufend gleichzeitig von 25 bis 30 Müttern in Anspruch genommen worden. Es handelt sich fast ausschließlich um uneheliche Mütter, da die ehelichen nur dann eine Verdienstausfallsentschädigung erhalten, wenn der Ehemann erwerbslos ist oder sehr schlecht verdient. Würde diese Entschädigung den vollen Lohnausfall decken, so würden von ihrer Einrichtung sicherlich sehr viel mehr Mütter Gebrauch machen. Das aber würde dem Zweck der Einrichtung nicht entsprechen, welcher nur darauf abzielt, den Müttern, denen am Stillen gelegen ist, hierzu die Möglichkeit zu verschaffen.

Da auch für die nicht erwerbstätigen Mütter angemessene Unterstützungen vorgesehen sind, um ihnen das Stillen zu ermöglichen und sie vor Not zu schützen, so haben wir es hier mit einer städtischen Einrichtung zu tun, welche die Reichswochenhilfe in gewünschter Weise ergänzt.

Aus der Tatsache, daß mehr als die Hälfte der Frauen, welche während der Schwangerschaft gearbeitet haben, nach der Geburt im 1. Lebensjahre des Kindes die Arbeit nicht wieder aufnehmen, geht deutlich hervor, wie groß das Bedürfnis nach Ruhe und Erholung ist und in welchem Maße

Digitized by Google

die dreifache Last von Erwerbsarbeit, Hauswesen und Mutterschaft abgelehnt und die Kräfte nur den letzten beiden gewidmet werden. Es ist immerhin ein gutes Zeichen, daß das Muttergefühl überwiegt. Und der Gesetzgeber sollte alles tun, dieses Gefühl zu erhalten und zu stärken.

Er sollte aber auch diejenigen Frauen, welche die wirtschaftliche Lage zwingt, sogleich nach Ablauf der Schutzfrist die Arbeit aufzunehmen (24.8% der Gesamtheit, 41.9% der die Arbeit wieder Aufnehmenden) durch hinreichend hohe und hinreichend lange Unterstützung in die Lage versetzen, ihrem Muttergefühl zu folgen. Man wird fordern müssen, daß die Schutzfrist der stillenden Frau mindestens bis zur 12. Woche, wenn möglich auf 26 Wochen nach der Niederkunft verlängert wird. Denn auch bei den arbeitenden Frauen ist noch nach dem 6. Monat ein erhebliches Stillbedürfnis vorhanden. Dieser Standpunkt ist jüngst von dem Reichsausschuß für Bevölkerungsfragen geteilt worden.

Man darf nicht vergessen, daß Deutschland mit einer Säuglingssterblichkeit von 9.7% im Jahre 1927 noch immer die meisten Kulturländer überragt:

Frankreich	mit	8.3%
die Vereinigten Staaten.....	„	7.2%
England und Wales	„	6.9%
die Schweiz	„	5.7%
die Niederlande	„	5.9%

Aus dieser Darstellung der Verbindungen von Mutterschaftsleistung und Erwerbsarbeit ergibt sich mit erschreckender Deutlichkeit der Schluß: **Schwangerschaft und Fabrikarbeit sind unversöhnbare Gegensätze.** Ein Standpunkt, den ich von jeher vertreten und bei immer wiederholten Untersuchungen stets von neuem bestätigt gefunden habe.

Die Schwangerschaft ist an sich eine große Leistung des Körpers und der Seele. Die Mutterschaft aber ist die eigentliche Lebensleistung der Frau, d. h. diejenige Leistung, welche durch ihre Größe das Leben des Menschen ausfüllt. Eine andere Lebensarbeit neben ihr von der Frau verlangen, ist eine Ungerechtigkeit und heißt die Mutterschaftsleistung schädigen.

Der Frauenarzt ist gewohnt, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als physiologische, normale, gesunde Vorgänge im medizinischen und ärztlichen Sinne anzusehen und allenfalls zuzugestehen, daß sie sich auf der Grenze des Normalen und Krankhaften bewegen und daß fließende Übergänge von einem zum anderen vorhanden sind.

Im Lichte sozialhygienischer Zusammenhänge aber müssen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als Zustände erhöhter Gesundheits- und Lebensgefährdung betrachtet werden.

Digitized by Google

In versicherungstechnischer Erwägung des Begriffes der Arbeitsfähigkeit aber ist die Frau im Zustande der Schwangerschaft der Gruppe der Erwerbsbeschränkten zuzurechnen, denn es ist kein Zweifel, daß ihre Erwerbsfähigkeit durch körperliche und soziale Umstände beeinträchtigt ist.

Geburt und Wochenbett dagegen — und zwar nicht nur die abnormen, sondern auch die normalen Abläufe — müssen geradezu als Krankheiten im Sinne der RVO. gewertet werden.

Geburten setzen Wunden. Sind schon Verwundete an sich nicht als gesund anzusehen, so muß erst recht die Frau in Geburt und Wochenbett mit ihren Riß- und Flächenwunden im Gebärkanal als krank betrachtet werden.

Wie wenig dieser Lage bisher Rechnung getragen worden ist, beweist eine einfache Überlegung. Abgesehen von den durch das Wochenbett geschaffenen Wundflächen, abgesehen ferner von der außerordentlichen Labilität des Körper- und Seelenzustandes nach der Geburt, bietet die Tatsache eine feststehende Norm, daß die Rückbildung der Genitalorgane, die Festigung der Bauchdecken und des Beckenbodens eine Mindestzeit von 7—8 Wochen in Anspruch nimmt. Gleichwohl ist die Unterstützungszeit beim Wochenbett nur auf 6 Wochen bemessen, während sie bei allen anderen Krankheiten auf 26—29 Wochen begrenzt ist.

Die Bestimmung des Begriffes „Krankheit“[1] hat Klinikern und Pathologen viel Kopfzerbrechen gemacht, ohne daß eine einheitliche Auffassung sich durchgesetzt hätte. Brauchbarer sind die juristischen Entscheidungen, besonders die Ausführungen der Oberversicherungsämter zum § 182 der Reichsversicherungsordnung, welcher den Begriff „Krankheit“ aufstellt. In diesen Entscheidungen ist der Begriff viel schärfer umrissen als in der Literatur. Sie verlangen das „objektive Vorhandensein von Krankheitssymptomen, welche in irgendeiner Weise sichtbar in Erscheinung treten müssen. Sei es, daß sie bei geistiger Abnormität das Tun und Handeln des Betroffenen sichtlich beeinflussen, sei es, daß sie bei körperlichen Krankheiten dem Kranken zum Bewußtsein gekommen sind, seine Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen oder aufheben, ärztliche Hilfe oder Versorgung mit Arznei oder Heilmitteln erforderlich machen.“

Diese rechtliche Begriffsbestimmung ist auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sehr wohl anwendbar.

Diese Auseinandersetzung wäre nicht nötig, wenn das Leben der Frau unter natürlichen Verhältnissen, wie ehedem, in Haus und Familie abliefe. Aber die moderne Zivilisation hat die Frau in künstliche Bedingungen ein-

[1] G. Straßmann: Der Begriff „Krankheit“ in der Rechtsprechung der ordentlichen Gerichte und sozialen Behörden. Deutsche med. Wochenschr. 1930, Nr. 25.

Digitized by Google

gezwängt, unter denen das außerhäusliche Arbeitsleben besondere Gefahren birgt. Diesen zu begegnen, dient die soziale Versicherung. Sie muß infolgedessen, wenn sie ihren vorbeugenden Zweck erfüllen will, die generativen Vorgänge der Frau als krankhafte Zustände anerkennen.

Eine Auffassung, welcher sich der Reichsausschuß für Bevölkerungsfragen im Reichsministerium des Inneren nach meinem Vortrage gleichfalls angeschlossen hat.

Daß es sich bei der Erwerbsarbeit schwangerer Frauen um ein soziales Übel großen Umfanges handelt, erhellt aus der Tatsache, daß nach der letzten Berufszählung von 1925 rund $11^1/_2$ Millionen Frauen erwerbstätig waren, daß die Hälfte davon in fortpflanzungsfähigem Alter von 20 bis 40 Jahren stand und 32.6% verheiratet waren. Bemerkenswert ist ferner, daß alle diese Ziffern noch immer im Steigen begriffen sind.

Von 11.5 Millionen erwerbstätigen Frauen sind:

Selbständige	1.1 Mill.	= 9%
Angestellte	1.5 „	= 13%
Arbeiterinnen	3.5 „	= 30%
Mithelfende Familienangehörige	4.1 „	= 36%
Hausangestellte	1.3 „	= 12%

Die 11.5 Millionen erwerbstätigen Frauen verteilen sich auf die einzelnen Berufe wie folgt:

Landarbeiterinnen	1050000
Textilarbeiterinnen	560000
Arbeiterinnen im Bekleidungsgewerbe	500000
Arbeiterinnen in der Metallindustrie	270000
Arbeiterinnen in Nahrungsmittelgewerben	220000
Sonstige Industriearbeiterinnen	410000
Sonstige Arbeiterinnen	490000
Hausangestellte	1310000
Postbeamtinnen und Angestellten	60000
Kaufmännische Büroangestellte	1080000
Fachkräfte in der Kranken- und Wohlfahrtspflege	180000
Lehrerinnen	100000
Selbständige in der Landwirtschaft	330000
Selbständige in Industrie und Handwerk	240000
Selbständige im Handel	270000
Sonstige Selbständige und Angestellte	90000
Hausgewerbetreibende	190000
Mithelfende Familienangehörige	4130000

Und die Entwicklung:

1882	rund	5	Mill. =	24%	der weibl. Bevölkerung
1895	„	6	„ =	25%	„ „ „
1907	„	$8^1/_2$	„ =	30.4%	„ „ „
1925	„	$11^1/_2$	„ =	35.6%	„ „ „

Digitized by Google

Rund 50% stehen im Alter von 20—40 Jahren
14,9% „ „ „ „ 14—18 „

Auch der Prozentsatz der Verheirateten steigt an:
1907 ..... 29.7% der erwerbstätigen Frauen
1925 ..... 32.6% „ „ „

Im Vergleich zum Manne:
Zunahme der hauptberufstätigen Frauen und Männer von 1882 bis 1925 in:

	Frauen	Männer
Landwirtschaft	+ 126%	— 3%
Industrie und Handwerk	+ 185%	+ 121%
Handel und Verkehr	+ 479%	+ 216%
Verwaltung, freien Berufen und Gesundheitswesen	+ 434%	+ 175%
Häuslichen Diensten	+ 7%	— 32%

Die weibliche Bevölkerung von Deutschland zählt 1925:

16000000 Ledige	davon	7000000 Erwerbstätige
12000000 Verheiratete	„	4000000 „
3000000 verw. oder geschieden	„	1000000 „

Die Schutzbestimmungen für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gelten nicht für landwirtschaftliche Arbeiterinnen. Das ist angesichts ihrer großen Zahl ein Mangel. Man wird ihn beseitigen müssen.

Dyhrenfurth unterscheidet folgende Typen von Arbeiterinnen in der Landwirtschaft: 1. die Magd, Hofgängerin, Scharwerkerin; 2. die vertraglich gebundene Arbeiterin; 3. die freie Tagelöhnerin; 4. die Kleinbäuerin und ihre Tochter; 5. die Wanderarbeiterin. Welche Gruppen man zunächst erfassen soll, ist Sache gesetzgeberischer Überlegung.

Im Gegensatz zur Industrie ist die Mitwirkung der Frau und der weiblichen Familienangehörigen im landwirtschaftlichen Betriebe des kleinen Bauern unentbehrlich. Neben der Haus- und Feldarbeit liegt ihr besonders die Milchwirtschaft, die Geflügel- und meist auch die Jungviehzucht ob. Dauer und Schwere dieser Arbeit im Verein mit den an die Fortpflanzung geknüpften Aufgaben sind eine Bürde, welche zum Nachteil für lebende und kommende Generation ausschlägt, wenn nicht die Mutterschaftsfürsorge eingreift. Ein Volk, mit dessen bäuerlichen Frauenkraft Raubbau getrieben wird, gefährdet seinen Bestand. Die Geburtenprävention hat sich das Land erobert. Die Mutterschaftsfürsorge muß danach trachten, den Fortpflanzungswillen so zu lenken, daß das Wohl des einzelnen und der Gemeinschaft im Einklang sind[1].

[1] Max Hirsch: Über die Bäuerin als Kind, Jungfrau, Ehefrau und Mutter und über die Geburtenprävention auf dem Lande. Arch. f. Frauenkde. u. Konst.-forschg. Bd. I (1914).

Digitized by Google

Abseits von dem in Handel- und Industrie gewährten Mutterschutz steht auch die Heimarbeit, welche im wesentlichen von Frauen und Kindern geübt wird. Unbeschränkte Arbeitszeit, ohne Sonn- und Feiertage, bei Tag und bei Nacht, enger Raum und schlechte Beleuchtung, ungesunde Sitzgelegenheit, schlechte Bezahlung sind ihre Kennzeichen[1]. Aber sie hat vor der außerhäuslichen Erwerbsarbeit der Frau einen großen Vorteil voraus: sie ermöglicht das Zusammenbleiben von Mutter und Kind. Aber dieser Vorteil, welcher durch größeren Kinderreichtum der Heimarbeiterinnen zum Ausdruck kommt, darf nicht dadurch verloren gehen, daß die Heimarbeiterin vom Genuß der gesetzlichen Arbeitsruhe in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und von anderen Maßnahmen der staatlichen Fürsorge ausgeschlossen oder weniger begünstigt wird. Auch die Heimarbeit muß durch die Mutterschaftsfürsorge erfaßt werden.

Den Konflikten zwischen Erwerbsarbeit und Schwangerschaft entzieht sich die Frau nicht dadurch, daß sie die Arbeit einschränkt, das erlaubt ihre Lebenslage nicht, sondern sie tut es auf die Weise, daß sie die Fortpflanzung einstellt oder auf ein Maß zurückführt, welches ihr tragbar erscheint.

Wenn es dafür außer der täglichen Berufserfahrung des Frauenarztes noch eines Beweises bedürfte, so ist er von Weichardt und Steinbacher[2] an Familien gelernter Industriearbeiter Mittelfrankens erbracht. Sie haben in Familien, in denen die Frau nur die Hausfrauenarbeit verrichtet, durchschnittlich 3.7 Geburten und 2.83 lebende Kinder, dagegen in Familien, in denen die Frau außerhäuslich erwerbstätig ist, 2.2 Geburten und 2.1 lebende Kinder gezählt.

Bei der heutigen Lage der Volksvermehrung hat die Mutterschaft aufgehört nur mehr eine persönliche Angelegenheit der Frau oder ein Vorgang der ehelichen Gemeinschaft zu sein. Sie greift vielmehr weit über diese sozialen Einheiten hinaus. Die Mutterschaftsleistung ist als eine Leistung der Frau an die Allgemeinheit, an Volksgemeinschaft und Staat zu betrachten. Aus diesem Grunde sind die mit ihr verbundenen Lasten von der Gesamtheit zu tragen, und zwar in vollem Umfange und in voller Dauer.

Aber noch mehr: Gerechtigkeitsgefühl, sozialhygienische und bevölkerungspolitische Überlegung fordern, daß die Fürsorge für die erwerbstätige Frau durch Arbeitsruhe und Wochenhilfe schon im Beginn der Schwangerschaft einsetzen und über Geburt und Wochenbett und die ganze Zeit der Stilltätigkeit, ja sogar darüber hinaus in die Zeit, in welcher die Mutter pflegebedürftige Kinder im Hause hat, ausgedehnt wer-

[1] Kaete Gaebel: Die Heimarbeit. 1913.
Goldschmidt: Heimarbeit, ihre Entstehung und Ausartung. 1913.

[2] l. c.

Digitized by Google

den sollte. Ich spreche diese Forderung aus und stelle sie als Ziel auf, welchem nachgestrebt werden muß. Welches am Ende des Weges steht, den die Fürsorge gehen muß. Dabei bin ich mir wohl bewußt, daß dieser Weg nur in Etappen zurückgelegt werden kann, und daß die Not der Zeit dem Fürsorgegedanken außerordentliche Fesseln anlegt.

Ja Logik und bevölkerungspolitisches Interesse des Staates würden sogar die Forderung rechtfertigen, auch die nichtschwangere verheiratete Frau aus dem Erwerbsleben herauszunehmen. Auch diese Forderung ist nicht realisierbar und scheitert daran, daß die Erwerbsarbeit der verheirateten Frau im Haushaltsplan der Familie nicht zu entbehren ist, weil der Verdienst des Mannes allein nicht ausreicht, um die Lebensunterhaltskosten zu bestreiten. Das ist schon in der Vorkriegszeit so gewesen. Wieviel mehr noch unter den heutigen wirtschaftlichen Verhältnissen.

Untersuchungen des ehemals Kaiserlichen Statistischen Amtes an den Wirtschaftsrechnungen von 522 Arbeiter- und 218 Beamtenfamilien aus dem Jahre 1908 haben ergeben, daß, obwohl das Durchschnittseinkommen dieser Familien recht beträchtlich ist, dennoch Ersparnisse nicht erzielt werden können. Von den Einnahmen sind 8.9% bzw. 9.6% durch Erwerbsarbeit von Familienangehörigen hereingebracht; ohne diesen Zuverdienst wären die Familien bei gleichbleibenden Ausgaben in Schulden geraten.

Da von dem Gesamtaufwand 14.5% bzw. 17.0% auf die Wohnung, 52.0% bzw. 53.4% auf die Ernährung entfallen, so wird die Unentbehrlichkeit des Zuverdienstes der Ehefrau ersichtlich.

Einnahmen und Ausgaben im Haushalt von Minderbemittelten im Deutschen Reich (1908)

Art der Einnahmen bzw. Ausgaben	Durchschnittlich in Mark nach der Erhebung		Vom Hundert der Gesamtausgaben nach der Erhebung	
	des Kaiserl. Stat. Amtes	d. Metallarb.-Verbandes	des Kaiserl. Stat. Amtes	d. Metallarb.-Verbandes
Einnahmen:				
Verdienst des Mannes ..	1507.92	1485.04	82.2	80.0
Verdienst der Familienangehörigen	164.78	178.96	8.9	9.6
Sonstige Einnahmen ...	162.68	192.19	8.9	10.4
Zusammen	1835.38	1856.19	100.0	100.0
Ausgaben:				
Nahrung	955.06	975.42	52.0	53.4
Kleidung	204.67	235.11	11.2	12.9
Wohnung	312.52	264.09	17.0	14.5
Heizung u. Beleuchtung	77.99	77.73	4.3	4.3
Sonstiges	284.82	272.93	15.5	14.9
Zusammen	1835.06	1825.28	100.0	100.0

Digitized by Google

Heute, angesichts eines immer schärfer werdenden Mißbrauchs der Frauenkraft durch eine rationalisierte Wirtschaft, wiederhole ich, was ich schon 1919 gesagt habe: „Nie und nimmer wird die außerhäusliche Berufsarbeit der verheirateten Frau ein erstrebenswerter Zustand sein. Die Überwindung der Erwerbstätigkeit der verheirateten Frau in Industrie und Landwirtschaft liegt im Interesse einer gesunden Fortpflanzung des Menschengeschlechts."

Das sind ideale Forderungen, welche als logische Konsequenz aus Humanität und wissenschaftlicher Erkenntnis herauswachsen. Sie sind in der Gegenwart nicht erfüllbar. Ihnen stehen die Hindernisse und Verflochtenheiten des wirtschaftlichen und staatlichen Getriebes gleich unüberwindbaren Mauern im Wege.

Aber sie müssen ins Auge gefaßt und ausgesprochen werden. Sie kennzeichnen das Ziel am Ende des Weges, welcher beschritten werden muß, um den Willen zum Kinde zu stärken und die Freude am Kinde wieder zu beleben. Ein Ziel, dem energisch entgegengestrebt, ein Weg, der tatkräftig und entschlossen beschritten werden muß, wenn man aus dem nun schon mehrere Jahrzehnte dauernden Gerede und Gejammere über den Geburtenrückgang heraus- und zu Ergebnissen kommen will, welche der werdenden Mutter nicht Almosen hinwerfen, wie Kinderprämien und Steuererleichterungen, sondern ihr die Möglichkeit geben, sich und dem Kinde ein menschenwürdiges Dasein zu verschaffen.

Wenn es also auch wünschenswert ist, die verheiratete Frau vollkommen von der Notwendigkeit der Erwerbsarbeit zu befreien, so bleibt dieser Wunsch vorerst eine Utopie. Wohl aber sollte es möglich sein, die Frau in dem Zustande des Leibes, den man den gesegneten nennt, von dem Arbeitszwang zu befreien. Ich habe berechnet, daß man in der Textilindustrie im Jahresdurchschnitt mit 70000 und in der Gesamtindustrie mit 230000 schwangeren Arbeiterinnen zu rechnen hat. Angesichts der in die Millionen gehenden erwerbslosen Arbeiter sollte es möglich sein, für die schwangeren Arbeiterinnen Ersatz zu schaffen, wobei die Erwerbslosenunterstützung, welche den an die Stelle der Schwangeren eingesetzten Arbeiterinnen bis dahin gezahlt worden ist, zugunsten der schwangeren Arbeiterinnen eingespart werden könnte.

Die wachsende Erkenntnis der Bedeutung der Mutterschaftsleistung und das Bestreben, sie zu fördern, um dem Geburtenrückgang vorzubeugen, die wachsende Wertung der weiblichen Arbeit in Haus und Beruf sollten noch eine Folge zeitigen, welche gegenüber anderer Arbeitsleistung längst beachtet wird: die Einsicht in die Notwendigkeit der jährlich sich wiederholenden Ausspannung, des Urlaubs, der Erholung.

Ist es heute schon nicht mehr zulässig, die Fürsorgemaßnahmen nur auf

Digitized by Google

das sogenannte Proletariat zu beschränken, so würde sich diese Einschränkung in der Frage der Erholung von hausfraulichen, mütterlichen und beruflichen Pflichten ganz und gar verbieten. Die Frauen des Mittelstandes, der kleinen Beamten und Gewerbetreibenden, sowie die Bäuerinnen sind der Erholungsfürsorge im Rahmen der Mutterschaftsfürsorge ebenso bedürftig wie der weibliche Industriearbeiter.

Der Maßstab der Erholungsbedürftigkeit wird gewonnen an der Mutterschaftsleistung und der sozialen Lage. Mütter vieler Kinder, außerhäuslich erwerbstätige Mütter, Familienmütter, welche auf Nebenverdienst angewiesen sind, wie Zeitungstragen, Waschen, Nähen, Aufwarten, endlich Mütter mit geschwächter Gesundheit, mit großen hausfraulichen Pflichten, zu geringem Einkommen, gleichgültig ob ehelich oder unehelich, müssen der Erholungsfürsorge teilhaftig werden.

Es soll nicht verkannt werden, daß die Krankenkassen und Wohlfahrtsämter, die Reichsversicherungs- und Landesversicherungsanstalten sowie private Vereine durch Krankheit und Operation geschwächten Frauen schon jetzt Heilkuren in Bädern, Sanatorien, Luftkurorten, Erholungsheimen sowie Landaufenthalt gewähren.

Bedingung muß sein, daß während des Erholungsaufenthaltes der Mütter für Mann und Kind und Haushalt durch Gewährung von Hauspflege gesorgt wird.

Das Ganze sollte einheitlich organisiert und der Mutterschaftsfürsorge eingegliedert werden.

Daneben kommt die örtliche Erholungsfürsorge, wie sie z. B. vom Verband Kölner Frauenvereine eingerichtet ist, zur Wirkung. Die Erholungsstätte befindet sich nahe bei der Stadt. Die Frauen suchen sie auf in der Zeit von 9 bis $17^1/_2$ Uhr. Die Klein- und Schulkinder werden mitgebracht, bleiben aber nicht bei der Mutter, sondern werden in einem abgelegenen Kindergarten aufgenommen. Währenddessen liegen die Mütter auf Wiesen und in Wäldern auf Liegestühlen. Diese Erholungsfürsorge kann mit hygienischen Bildungsmaßnahmen verbunden werden.

Der Staat hat die Pflicht, für alle Schäden, welche aus der Mutterschaftsleistung entstehen, aufzukommen: für Krankheit, Arbeitsfähigkeitsbeschränkung und Invalidität. Analog der Invalidenversicherung schlägt Laszlo[1] eine Mutterschaftsversicherung vor, für welche er einen internationalen, vom Völkerbund zu verwaltenden Fonds begründet wissen will.

Die mit der Mutterschaftsleistung verbundenen Betriebsstörungen und Unfälle können reparable und irreparable Folgen für die weibliche Gesund-

[1] Laszlo: Die Versicherung der Mutterschaft auf dem Wege der sozialen Medizin. Soziale Medizin 1929, Nr. 1.

Digitized by Google

heit haben. Im ersteren Falle wird nur vorübergehende Arbeitsunfähigkeit eintreten, welche für die Versicherten von der Krankenkasse, für die Nichtversicherten vom Staat getragen werden müssen. Hierfür und für dauernde Invalidität soll die Mutterschaftsversicherung dienen.

Meint man es ernst damit, den Geburtenrückgang aufzuhalten, so muß man den Mut haben, etwas Großes zu tun und tief in die Tasche zu greifen für diejenigen, deren Fortpflanzungswille durch die Ungunst der Lebenslage gehemmt wird.

Welche Etappen auf diesem Wege der Fortpflanzungserleichterung und Mutterschaftsfürsorge als erste zu erreichen sind, soll durch folgende Leitsätze gesagt werden:

4. Leitsätze

1. Schwangerschaft und außerhäusliche Erwerbsarbeit sind unversöhnbare Gegensätze. Endziel der Mutterschaftsfürsorge muß sein, daß keine Frau in der Schwangerschaft gezwungen sein soll, durch Arbeit außerhalb des Hauses ihr Brot zu verdienen.
2. Die geltenden Bestimmungen über Arbeitsruhe und Wochenhilfe vor und nach der Niederkunft (Washingtoner Abkommen, Ergänzungsgesetz zur Reichsversicherungsordnung vom 9. 7. 1926 und Reichsgesetz vom 18. 5. 1929) genügen nicht, um Mutter und Kind vor Schaden zu bewahren. Sie bedürfen des weiteren Ausbaus im Sinne folgender Forderungen:
   a) Es bedarf besonderer Schutzbestimmungen für jugendliche Arbeiterinnen in bezug auf Arbeitszeit und Eintrittsalter, damit fortpflanzungstüchtige Frauen heranwachsen.
   b) Die heute nur für Betriebe mit mindestens 10 Arbeitern geltenden Schutzbestimmungen müssen auf kleinere Betriebe und auf die unselbständigen Erwerbstätigen ausgedehnt werden.
   c) Die heute nur für Industrie und Handel geltenden Schutzbestimmungen müssen auf die Hausangestellten (Hausgehilfengesetz) und auf die landwirtschaftlichen Arbeiterinnen ausgedehnt werden. Auch die Angestelltenschicht muß in größerem Maße als bisher erfaßt werden.
   d) Bis zur vollständigen Loslösung der schwangeren Arbeiterin aus dem Produktionsbetrieb muß das Recht auf Arbeitsruhe vor der Entbindung auf mindestens 8 Wochen als Regelleistung festgesetzt werden.
   e) Ziel der Mutterschaftsfürsorge muß sein, daß Mutter und Kind so lange wie möglich beieinander bleiben. Aus diesem Grunde muß das Recht auf Arbeitsruhe nach der Entbindung auf 3 Monate, für stillende Mütter auf 6 Monate festgesetzt werden.

Digitized by Google

f) Die geldliche Entschädigung muß in Abänderung der geltenden Bestimmungen den Lohnausfall in voller Höhe decken.
g) Die Auszahlung des Lohnersatzes erfolgt nur dann, wenn
   α) die Lohnarbeit völlig eingestellt wird,
   β) der Nachweis der stattgefundenen Schwangerenberatung erbracht ist.
h) Der Entbindungsbeitrag muß auf M. 25.— erhöht werden.
i) Das Nebeneinander von Wochenhilfe, Krankenversicherung, Zusatzleistungen, Verdienstausfallentschädigung usw. muß durch eine einheitliche Regelleistung ersetzt werden.

3. Es ist für Bereitstellung von Schwangerenheimen in genügender Zahl Sorge zu tragen.
4. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett müssen als Zustände erhöhter Lebens- und Gesundheitsgefährdung der Frau betrachtet werden. Für die Sozialversicherung folgt daraus:
   a) Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind als Krankheit im Sinne der Reichsversicherungsordnung anzuerkennen, wenn ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorliegt.
   b) Ärztliche Hilfe ist nicht nur bei Störungen während ihres Verlaufes, sondern auch bei normalen Abläufen zu gewähren.
   c) Für klinische Entbindung muß die Übernahme der Kosten nicht nur bei pathologischen, sondern auch bei normalen Abläufen erfolgen.
   d) Auf ärztliches Zeugnis muß Hauspflege ohne Abzug des Wochengeldes als Regelleistung gewährt werden.
5. Es ist dafür Sorge zu tragen, daß keine Gebärende ohne sachverständige Hilfe niederkommt.

Dieser Abschnitt darf nicht geschlossen werden ohne den Hinweis, daß dem gesetzlichen Mutterschutz eine an Gewicht ständig zunehmende Gegnerschaft von einer Seite erwächst, von welcher man es am wenigsten erwartet hätte. Von seiten der Frau selbst. Nicht der arbeitenden Frau, welcher die Bestimmungen gelten, sondern seitens eines Teiles der Frauenvertretung, welche in der Open Door Council-Bewegung organisiert ist. Ihr Vorstoß auf dem letzten internationalen Frauenkongreß in Berlin hat gezeigt, wie eng die gesundheitliche Frage des Arbeiterinnenschutzes mit der politischen der Gleichberechtigung der Frau im Staatsleben verbunden wird[1]. Für den Arzt und Hygieniker ein unannehmbares Zugeständnis. In der Sowjetrepublik, wo die Geschlechter vollkommen gleichgestellt sind, spielt der Schutz der Mutterschaft der arbeitenden Frau eine große Rolle.

[1] Max Hirsch: Arbeiterinnenschutz und Frauenbewegung. Archiv für Frauenkunde u. Konstitutionsforschung Bd. 15 (1929).

Digitized by Google

B. Die sozialpathologischen Vorgänge in der Schwangerschaft

1. Die Fehlgeburt

Der Verhütung der Fehlgeburt gilt ein großer Teil der Mutterschaftsfürsorge während der Schwangerschaft. Alle Feststellungen, wieviele Konzeptionen durch Fehlgeburt endigen, scheitern an den mangelhaften Unterlagen.

Das Verhältnis von Geburt und Abort ist von der Schwangerenfürsorge des Verbandes der Krankenkassen Berlins für das Jahr 1928 an 2775 Frauen festgestellt worden. Es lautet: auf 2524 ausgetragene Schwangerschaften entfallen 1157 Aborte. Man kann sagen: $^1/_3$ der Konzeptionen enden mit Abort. Von den Aborten sind 95% künstlich herbeigeführt.

Meine eigene Abortstatistik[1], welche ich 1918 veröffentlicht habe, scheint mir noch heute, nachdem ich sie auf Grund des späteren Materials von neuem durchgerechnet habe, der Wahrheit nahezukommen.

Danach kommen auf:

	100 fruchtbare Ehen			100 Aborte		
	Schwangerschaften	Geburten	Aborte	Schwangerschaften	Geburten	Kriminelle Aborte
Gr.-Berlin:						
Stadt.....	309	201	87	362	235	78
Stadt und Land...	318	216	93	327	219	55

Nur die Kriminalitätsziffer ist heute zweifellos höher. Ich schätze sie auf 98%.

Besonders bemerkenswert für damalige Zeit war die Feststellung, daß in der Altersklasse von 30—36 Jahren 98% der Aborte künstlich herbeigeführt waren. Heute, sagt der Bericht der Krankenkassen, sei das in allen Altersklassen so, und beinahe jeder Abort sei mit Absicht herbeigeführt.

Die Zahl der Konzeptionen, welche durch Abort enden, beträgt nach dem Bericht der Ambulatorien der Berliner Krankenkassen 43%, nach einer Umfrage 73.7% [2].

Ein Bild von der volksgesundheitlichen und volkswirtschaftlichen Bedeutung dieser generativen Fehlleistungen ergeben die Feststellungen der Leipziger Ortskrankenkasse, wonach auf 100000 weibliche Kassenmitglieder 1532 Fehlgeburten mit 45855 Krankentagen kommen.

Kein Mensch kann sagen, wie groß die absolute Zahl der Schwangerschaften ist, welche durch Abtreibung beseitigt werden. Je mehr ich um mich schaue, um so mehr erkenne ich, daß die Aborte, und insbesondere

[1] Max Hirsch: Die Statistik des Aborts. Zbl. Gynäk. 1918, Nr. 3 u. 43.

[2] Alice Vollnhals: Die unerwünschte Mutterschaft. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene. 1928, Nr. 8.

Digitized by Google

die gewollten, ganz bestimmte Stellen haben, an denen sie sich zusammenfinden, und daß unter den wenigen im Gange befindlichen Aborten, welche meine Klinik aufsuchen, ein nicht willkürlich herbeigeführter Abort zu den größten Seltenheiten gehört.

Die Magdeburger Fehlgeburtenstatistik, welche jüngst von Roesle ausgewertet worden ist, gibt vielerlei Aufschlüsse. Sie zeigt im Vergleich der Jahre 1913 und 1927:

1. eine Abnahme der legitimen Fertilität um 43%;
2. eine Abnahme der illegitimen Fertilität um 28%;
3. eine Abnahme der legitimen Präfertilität um 17%;
4. eine Zunahme der illegitimen Präfertilität um 97%.

Es versteht sich von selbst, daß die soziale Lage die wichtigste ursächliche Rolle spielt. Die ungewollten Aborte werden meist durch körperliche Insulte, Anstrengung, Unfall, Berufsarbeit herbeigeführt, die gewollten durch wirtschaftliche Notlage, berufliche Rücksichten und durch geistige und seelische Beweggründe.

Unter den durch die Erwerbsarbeit herbeigeführten Aborten spielt die Bleivergiftung noch immer eine gewisse Rolle. Über ihr Ausmaß gibt mein Leitfaden der Berufskrankheiten der Frau Aufschluß. Diese Aborte können nur dadurch vermieden werden, daß die Frau aus denjenigen Industrien ausgeschaltet wird, in welchen sie mit Blei in Berührung kommt. Aber das genügt oft nicht, weil auch die Bleivergiftung des Mannes das Schwangerschaftsprodukt derartig schädigen kann, daß es zur Fehlgeburt kommt. Die Hauptaufgabe, diese Schäden zu verhüten, fällt der Gewerbehygiene zu, welche die Industrien entgiften muß.

Die Verhütung derjenigen Fehlgeburten, deren Ursache die Syphilis ist, strebt die Mutterschaftsfürsorge dadurch an, daß alle von ihr erfaßten Schwangeren der Blutuntersuchung unterzogen und bei positivem Ausfall der Geschlechtskrankenfürsorge zugeführt werden.

Einen unmittelbaren Einfluß auf die Verhütung des gewollten Abortes wird die Mutterschaftsfürsorge kaum ausüben können. Indem aber alle ihre Maßnahmen dem letzten Ziele zustreben, den Willen zum Kinde wieder zu erwecken und zu stärken, wird sie an ihrem Teil auch zur Bekämpfung der Fruchtabtreibung beitragen.

Über das gesetzliche Verbot der Fruchtabtreibung als Mittel der Geburtenregelung ist bereits S. 48 gesprochen worden.

Die Mutterschaftsfürsorge muß sich derjenigen Frauen mit aller Wärme und Energie annehmen, welche durch Schwangerschaft in Konflikt geraten, welchen Ursprungs dieser auch sein möge. Sie muß die Frage der Beseitigung des Zustandes mit aller Teilnahme unter medizinischen, sozialen und

Digitized by Google

eugenetischen Gesichtspunkten prüfen. Ablehnung ohne Prüfung, Mangel an Teilnahme und Sorgfalt erschüttert das Vertrauen und fördert die Abwanderung zum gewerbsmäßigen Abtreibertum mit seinen verhängnisvollen Wirkungen.

Bedingungsloser Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung durch Aufhebung des § 218 RStG. stehe ich nach wie vor ablehnend gegenüber. Meine Empfehlung vor 10 Jahren, das große Experiment abzuwarten, welches Rußland unternommen hat, hat sich als nützlich erwiesen. Man kann das dort erzielte Ergebnis[1] folgendermaßen zusammenfassen:

1. Die Freigabe hat eine enorme Zunahme der Aborte herbeigeführt.
2. An dieser Zunahme sind trotz Verbotes auch die Kurpfuscheraborte beteiligt.
3. Die Zahl der septischen Erkrankungen hat sehr zugenommen.
4. Auch ohnedies hat sich der Eingriff als folgenschwer für den weiblichen Organismus erwiesen.

Daran mögen die Kurpfuscheraborte schuld sein.

Über den Ausgang der Fehlgeburten sind zuverlässige Zahlenangaben nicht zu machen. Die von Roesle durchgearbeitete Magdeburger Fehlgeburtenstatistik ergibt in den Jahren 1926 und 1927:

Zivilstand	Zahl der gemeldeten Fehlgeburten	Fieberhafter Verlauf d. Fehlgeburt		Ausgang der Fehlgeburt			
				Siechtum		Tod	
		absolut	in % der Fehlgeburten	absolut	in % der Fehlgeburten	absolut	in % der Fehlgeburten
Verheiratet ...	2292	160	7.0	5	0.2	30	1.31
Ledig, verwitwet, geschied.	1128	107	9.5	2	0.2	16	1.42

Die vom Reichsgesundheitsamt über die in Universitätsfrauenkliniken und Hebammenlehranstalten behandelten Aborte gemachten Feststellungen, wonach 1.9% der draußen angefangenen Aborte tötlich endeten, gibt kein Bild der wirklichen Sterbeziffer, denn sie betreffen ausgesuchte und nur die schwersten Fälle. Die leichten und günstig verlaufenden entziehen sich dem Auge der Öffentlichkeit[2].

Auch die landesstatistischen Aufzeichnungen geben weder die Abortziffer noch die Sterbeziffer in irgend brauchbaren Formen an. Auf keinem Gebiete werden die Meldungen über die Todesursachen so bewußt und beharrlich entstellt wie auf diesem.

Daß Aborte als solche die Zeugungsfähigkeit der Frau beeinträchtigen,

[1] Krassilnikian: Russische Erfahrungen mit der Freigabe der Abtreibung — eine Lehre für Deutschland. Berlin 1930.

[2] s. auch S. 153.

Digitized by Google

wie behauptet wird, ist nicht erwiesen. Es sei denn durch Infektion oder operatives Mißgeschick[1].

Zweifellos ist, daß die schädlichen Folgen sich durch sachkundiges Verfahren vermeiden lassen. Nichts ist verkehrter, als durch übertriebene Behauptungen über Sterblichkeit nach Abort die Gemüter erschrecken zu wollen. Das erschüttert den Glauben an die Ehrlichkeit der wissenschaftlichen Arbeit[2].

Auch der Sturmlauf in Theater und Romanliteratur mit seinen politisch-tendenziösen Einkleidungen fördert die Sache nicht.

Ich habe die Frage der Fruchtabtreibung seit über 20 Jahren mit allem Fleiß und allem guten Willen geprüft, erforscht und beschrieben[3], aber ich habe nicht den Mut gefunden, die gesetzliche Freigabe zu fordern. Ich habe ihn nicht gefunden, weil ich die Überzeugung habe, daß sie den Frauen selber am allermeisten schaden würde. Dagegen habe ich mich immer für eine Erweiterung der Indikationsstellung nach der medizinischen, sozialen und eugenetischen Seite entschieden und sehe trotz aller Ablehnung, welche diese Forderungen erfahren haben, noch heute darin die einzige und beste Gewähr, einen großen Teil des Unheils abzuwenden, welches die heimliche Fruchtabtreibung verursacht.

Eine von humanem Geist erfüllte Mutterschaftsfürsorge kann hier großen Segen stiften.

[1] Vögel: Wird die Fruchtbarkeit der Frau durch Aborte beeinträchtigt? Arch. Frauenkde. u. Konst.forschg. Bd. XIV (1928). — Karlin: Acht Jahre Abortfreiheit in Rußland. Arch. Frauenkde. u. Konst.forschg. Bd. XVI (1930).

[2] Max Hirsch: Über die Bedeutung der Frauenkunde für die Sozialversicherung. Zbl. Gynäk. 1929, Nr. 7.

[3] Max Hirsch: Der künstliche Abortus. Eine medizinisch-juristische u. bevölkerungspolitische Betrachtung. Arch. f. Kriminologie Bd. 39 (1910). — Ders.: Fruchtabtreibung, Präventivverkehr und Geburtenrückgang. Leipzig 1914. — Ders.: Verbreitung der Fruchtabtreibung. Arch. f. Frauenkunde u. Konstitutionsforschg. Bd. 1 (1914). — Ders.: Die Unterbrechung der Schwangerschaft. Zeitschr. f. d. ges. Strafrechtswiss. Bd. 38 (1910). — Ders.: Die Unterbrechung der Schwangerschaft. Berl. klin. Wochenschr. 1918, Nr. 3. — Ders.: Die soziale und eugenetische Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft. Dtsche med. Wochenschr. 1918. — Ders.: Über die Fruchtabtreibung. Berl. klin. Wochenschr. 1921, Nr. 15. — Ders.: Die Fruchtabtreibung, ihre Ursachen usw. Stuttgart 1921. — Ders.: Die volkshygienische Bedeutung der Fruchtabtreibung. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 84 (1921). Ders. zum Kampf gegen die Fruchtabtreibung. Zbl. Gynäk. 1924, Nr. 9. — Ders.: Die Legalisierung des künstlichen Aborts. Zbl. Gynäk. 1925, Nr. 34. — Ders.: Die Legalisierung des ärztlich indizierten Abortus unter besonderer Berücksichtigung eugenetischer Gesichtspunkte. Arch. Frauenkde. u. Konst.forschg. Bd. 11 (1925). — Ders.: Über die Schwangerschaftsunterbrechung. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 18 (1928). — Ders.: Die eugenetische Indikation zur Unterbrechung d. Schwangerschaft. Arch. Frauenkde. u. Konst.forschg. Bd. 16 (1909).

Digitized by Google

2. Die Frühgeburt

Unter Frühgeburt sollte man nur die Geburt eines unreifen, aber lebensfähigen Kindes zwischen der 28. bis 38. Schwangerschaftswoche verstehen.

Die Zahl der Frühgeburten beträgt heute in Deutschland schätzungsweise 150000. Die Häufigkeit scheint in der Nachkriegszeit zugenommen zu haben. Zeltner berichtet über das Nürnberger Wöchnerinnenheim, welches $^1/_3$ aller Geborenen in Nürnberg versorgt, daß der Anteil der Frühgeborenen an den Geburten von 8% in der Vorkriegszeit auf 12% in der Nachkriegszeit gestiegen sei. Darüber werden umfangreiche Erhebungen an den öffentlichen Gebäranstalten notwendig sein. Die von Roesle und Hirsch entworfene Reichsgeburtenstatistik, in welcher den Früh- und Mehrgeburten eine besondere Aufmerksamkeit zugewendet ist, wird auch diese Frage klären helfen.

Die von manchen Seiten behauptete und bisweilen in das Groteske gesteigerte Bedeutung, welche die kriminelle Herbeiführung der Frühgeburt in den letzten Monaten der Schwangerschaft durch Eihautstich haben soll, kann ich nicht anerkennen. Die nichtgewollte Schwangerschaft pflegt in einem viel früheren Stadium unterbrochen zu werden, wenn das Kind noch nicht lebensfähig ist. In den letzten Monaten der Schwangerschaft dagegen sind kriminelle Eingriffe überaus selten. Die dem Weibe angeborene und alle inneren und äußeren Hemmungen durchbrechende Liebe zum Kinde, auch wenn es anfangs nicht erwünscht gewesen ist, pflegt mit fortschreitender Schwangerschaft zu wachsen. Insbesondere von dem Zeitpunkt an, wo die Mutter die Regungen des Kindes im Leibe spürt. Dieser dem ärztlichen Beobachter immer wieder begegnende Vorgang ist von Siegel[1] an einem sorgfältig beobachteten Material auch zahlenmäßig festgestellt worden.

Hier hat die Mutterschaftsfürsorge zwei wichtige Aufgaben zu erfüllen:

1. Die Frühgeburt zu verhüten durch rechtzeitige Erkennung und Beseitigung der der Leibesfrucht drohenden Gefahren.

2. Das lebend Frühgeborene so schnell wie möglich derjenigen Stelle zuzuführen, welche die besten Möglichkeiten der Aufzucht bietet.

Unter den Gefahren, welche der Leibesfrucht in den letzten Wochen der Schwangerschaft drohen, sind — von konstitutionellen Mängeln und interkurrenten Krankheiten abgesehen — Schwangerschaftstoxikosen, Syphilis, Berufsschäden und äußere Lebensumstände besonders zu beachten.

Dem Fürsorgearzt kann als Übersichtsschema die Zusammenstellung von Küstner[2] nützlich sein:

[1] Siegel: Die Freude am zu erwartenden Kinde. Arch. Frauenkde. u. Konstit.-forschg. Bd. IV (1919).

[2] Küstner: l. c. S. 84.

Digitized by Google

Die Frühgeburt kann entstehen durch

chronische Allgemeinerkrankungen	konstitutionelle Insuffizienz	interkurrente Erkrankungen	unberechenbare Insulte
Nierenerkrankungen	Genitalhypoplasie	fast sämtliche fieberhaften Erkrankungen	körperliche und psychische Traumen
Schwangerschaftstoxikosen	Infantilismus		beabsichtigte vorzeitige Unterbrechung
chronische Vergiftungen	pathologische Eiinsertion		
Lues			

Jede Störung im Befinden der schwangeren Frau kann zur Ursache des verfrühten Eintritts der Geburt werden. Besonders häufig die Schwangerschaftstoxikosen und die Syphilis.

Unter den körperlichen und psychischen Traumen steht die Berufsarbeit an erster Stelle. Es wird auf die Ausführungen S. 70 verwiesen und hier die Feststellung von A. Fischer angefügt, welcher für den Freistaat Baden zeigen konnte, daß von Jahrzehnt zu Jahrzehnt mit der Zunahme der Berufsarbeit der Frau auch die Zahl der Frühgeburten gestiegen ist.

Schneider[1] weist nach, daß in denjenigen Monaten des Krieges, in welchen eine stärkere Einberufung der Männer ins Feld stattfand, sei es aus psychischen Gründen, sei es, weil an die Arbeitsstelle der eingezogenen Männer Frauen traten, eine erhebliche Zunahme der Frühgeburten festzustellen ist.

Die Frühgeburt hat eine hohe Zahl von Totgeborenen. Prinzing berechnet den Prozentsatz für die Jahre 1891—1903:

	in Baden	in Hamburg	in Paris
bei rechtzeitig Geborenen	2.1	3.2	2.2
bei frühzeitig Geborenen	19.5	22.6	32.2

Die Sterblichkeit der lebend Frühgeborenen ist außerordentlich groß. Sie beträgt etwa 50% und belastet die Sterbezahl der Säuglinge sehr. Über den Lebenswert der Frühgeborenen sind die Meinungen geteilt. Wärmeschutz und Infektionsverhütung sind die Bedingungen der Aufzucht. Gegenüber dem pessimistischen Standpunkt von Ylppö, daß ein großer Teil der Frühgeborenen die Aufzuchtmühe nicht lohne, weil körperliche Minderwertigkeit und geistige Schädigungen zurückbleiben, betont Langer auf Grund der Erfahrungen des Kaiserin-Augusta-Viktoria-Hauses, daß die Erhaltung der frühgeborenen Kinder, soweit ihre Aufzucht über das erste Lebensjahr

[1] Schneider: Die Beziehungen der Geburten- und Frühgeburtenbewegung zur sozialen Lage in den Jahren 1912—1927. Arch. f. Frauenkde. u. Konst.forschg. Bd. 15 (1929).

Digitized by Google

hinaus gelingt, ein sehr lohnendes Ziel sei, da immerhin der Anteil der überlebenden Frühgeborenen 5% der Gesamtbevölkerung betrage.

Die geburtshilfliche Frühgeburt, welche zum Schutz von Mutter und Kind vor den Gefahren der Geburt herbeigeführt wird, ist durch die Erfolge der Schnittentbindung überholt.

Ärztliche Behandlung und pflegerische Fürsorge kann gegen die Frühgeburt wirksam eingesetzt werden.

Nach allem, was bisher über die Aufzucht der Frühgeborenen gesagt und geschrieben worden ist, und nach eigenen Erfahrungen sowohl in der Außenpraxis wie auch im klinischen Betriebe, scheint mir die geschlossene Fürsorge für das Frühgeborene das beste Mittel zu sein, um es am Leben zu erhalten.

Während früher der Wärmeschutz des Frühgeborenen mit allen technischen Mitteln zu erreichen versucht worden ist, wird diesem Faktor heute von Langstein und anderen nicht mehr die entscheidende Rolle zugemessen. Couveuse und Wärmezimmer sind abgeschafft. Man begnügt sich mit dem Schutz der Eigenwärme des Frühgeborenen durch einfache Mittel, welche im Hause leicht zu erreichen sind. Die Fähigkeit der Selbstregulierung der Eigenwärme, welche früher unterschätzt worden ist, würde den Versuch der Aufzucht im Hause wohl gestatten. Zumal sie erlaubt, schon frühzeitig mit Freiluftbehandlung zu beginnen.

Viel schwieriger dagegen lassen sich die Ernährung und besonders der Schutz gegen Infektion im Privathause durchführen.

Zwar ist die Muttermilch im Hause, von wenigen Ausnahmen abgesehen, leicht erreichbar. Aber schon die sehr empfehlenswerte Anreicherung der Muttermilch mit Eiweiß sowie die Verabfolgung möglichst kleiner und häufiger Mahlzeiten, deren Zahl unter Umständen bis auf 10 gesteigert werden muß, endlich die oft notwendig werdende Ernährung mit der Pipette erfordern doch eine solche pflegerische Schulung und eine so ununterbrochene Gegenwart des Pflegepersonals, daß daran die offene Fürsorge scheitert. Ganz zu schweigen von den Ausnahmefällen, in denen die Sondenfütterung notwendig ist.

Ganz und gar scheitern aber muß die offene Fürsorge an der Möglichkeit der lückenlosen Durchführung des Infektionsschutzes. Es ist bekannt, daß schon die Anwesenheit eines Schnupfenträgers im Zimmer des frühgeborenen Kindes diesem gefährlich werden kann. Familienangehörige und Besucher des Hauses, insbesondere aber Hebamme, Gemeindeschwester und Fürsorgerin, welche von Haus zu Haus gehen und von denen die letzteren beiden oft genug mit infektionskranken Pfleglingen zu tun haben, werden eine ständige Infektionsgefahr für das Frühgeborene bilden. Aus diesen Gründen bietet die Anstaltsversorgung den Frühgeborenen die größte Aussicht auf Lebenserhaltung.

Digitized by Google

Allerdings hält Langstein die möglichst frühzeitige Rückkehr des frühgeborenen Kindes in die Häuslichkeit für wünschenswert, da ein Daueraufenthalt in der Anstalt die Infektionsgefahr erhöhe und die Stillfähigkeit der Mutter in Frage stelle.

Die Mutterschaftsfürsorge wird also darauf eingestellt sein müssen, die möglichst schnelle und gefahrlose Überführung des frühgeborenen Kindes in die Anstalt zu sichern und die Einrichtung solcher Anstalten oder die Bereitstellung von Vorrichtungen zur Aufzucht von Frühgeborenen in den Krankenhäusern in Stadt und Land zu betreiben. Wie weit hier die Aufgabe zwischen den Säuglingsanstalten und den Hebammenlehranstalten und den Landesfrauenkliniken geteilt werden muß, wird Sache einer besonderen Beratung zwischen Frauen- und Kinderärzten sein müssen.

Es ergeben sich für die Aufzucht der Frühgeborenen folgende Forderungen:

1. Hinweisung der Ärzte auf das Frühgeborenenproblem.

2. Ausbildung der Hebammen, Pfleger und Fürsorgepersonen in der Frühgeborenenpflege an geeigneten Anstalten.

3. Bereitstellung von Sonderräumen für Frühgeborene in allen geburtshilflichen Anstalten und Säuglingsheimen.

4. Belehrung der Mütter über Frühgeborenenaufzucht.

Nachdem die Bemühungen um die Aufzucht der Frühgeborenen sich zu lohnen scheinen, muß die Forderung erhoben werden, daß auch die Versicherungsträger diesem Zweige der Mutterschaftsfürsorge nutzbar gemacht werden. Bisher haben die Krankenkassen das Frühgeborene nicht als krank im Sinne der Versicherungsordnung betrachtet und die Leistungspflicht abgelehnt. Dieser Standpunkt ist nicht berechtigt. Ein frühgeborenes Kind, auch wenn es nicht objektive Zeichen einer Krankheit an sich trägt, ist gleichwohl wegen seiner außerordentlichen Lebensgefährdung als krank im ärztlichen Sinne zu betrachten. Deswegen muß die Leistungspflicht der Krankenkasse im Rahmen der Familienversicherung auch auf das Frühgeborene ausgedehnt werden.

3. Die Totgeburt

Man kann die Zahl der Totgeburten im Deutschen Reich auf 3% angeben, die der unehelichen ist höher[1]. In Amerika ist die Zahl der Totgeburten bei den verheirateten Müttern 3—7½%, bei den unverheirateten

[1] Lascano-Halac: Beiträge zur Statistik der Totgeburten. Arch. Frauenkde. u. Konst.forschg. Bd. XIII (1927). — Vögel: Totgeburten im Lichte der Variationsstatistik. Arch. Frauenkde. u. Konst.forschg. Bd. XV (1929).

Digitized by Google

$6^1/_2$—15%. In Norwegen kamen um die Jahrhundertwende auf 100 eheliche Totgeburten 165 uneheliche.

Die Ursachen der Totgeburten, soweit sie nicht während des Geburtsaktes erfolgen, sind vielfach in Dunkel gehüllt. Prinzing bezeichnet sie in 40% der Fälle als unbekannt. 5% werden der Syphilis zur Last gelegt. Dazu kommen die durch Berufsschäden, durch gewerbliche Gifte und körperliche Überanstrengung.

Gegenüber der Totgeburt hat die Mutterschaftsfürsorge nicht nur prophylaktische, durch sorgfältige Überwachung der Schwangerschaft zu lösende Aufgaben, sondern sie hat auch die Möglichkeit, die ärztlichen Kenntnisse zu erweitern.

Besonderes Augenmerk ist auf die unehelichen Schwangeren zu lenken, da ihr Anteil an den Totgeburten größer ist als der der ehelichen. So kommen in Preußen auf 100 Geburten:

in den Jahren	Totgeburten in der Stadt		auf dem Lande	
	eheliche	uneheliche	eheliche	uneheliche
1893—1897	3.1	5.0	3.3	4.3
1901—1905	2.9	4.7	3.0	4.1
1911—1913	2.9	4.6	2.7	4.0

Besonderer Obhut bedürfen die jugendlichen Schwangeren unter 18 Jahren, weil bei ihnen die Totgeburten häufiger sind.

Von den 3% Totgeborenen, welche wir in Deutschland haben, sind gut $^2/_3$ während und kurz nach der Geburt an den Folgen der Geburt gestorben. Die meisten gehen an der Enge der weichen und knöchernen Geburtswege der Mutter zugrunde.

Die Beckenenge beruht zum Teil auf Rachitis, zum Teil auf Entwicklungsstörungen in der Zeit des Kleinkind- und Reifealters, zum Teil auf Einwirkungen der Erwerbsarbeit auf die jugendlichen Arbeiterinnen. Hier berührt sich die Mutterschaftsfürsorge mit der Fürsorge für Säugling, Kleinkind, Schulkind und Jugendlichenalter. Sie berührt sich ferner mit der Gewerbegynäkologie[1], soweit die Erwerbsarbeit der Jugendlichen und ihre schädlichen Einwirkungen auf die Beckenform und auf die Ausbildung der Genitalorgane und des gesamten Körperbaus zur vollen Form in Betracht kommen.

Von diesen während des Geburtsaktes und kurz nachher sterbenden Kindern können gleichfalls viele durch sorgfältige Überwachung, besonders im letzten Monat der Schwangerschaft, und durch Auslese der voraussichtlich nicht günstigen Geburtsabläufe und ihre Aufnahme in klinische Pflege gerettet werden[2].

[1] Siehe Abschnitt: Mutterschaftsleistung und Erwerbsarbeit. S. 59.

[2] Siehe Abschnitt „Geburtshilfliche Auslese".

Digitized by Google

4. Die Frühsterblichkeit der Säuglinge

Die Statistik hat die merkwürdige Tatsache aufgedeckt, daß die Sterblichkeit der Säuglinge im 1. Lebensmonat an der Abnahme der allgemeinen Säuglingssterblichkeit nur in ganz geringem Maße beteiligt ist.

Wendenburg hat unter Mitarbeit der Gesundheitsämter in 20 Orten des westfälischen Industriegebietes das Schicksal von 58000 im Jahre 1913 und 44000 im Jahre 1925 geborenen Kindern verglichen.

Danach starben von 100 lebendgeborenen ehelichen und unehelichen Kindern:

		1913	1925
im 1. Lebensjahr	eheliche	12.4	9.31
	uneheliche	24.3	20.4
in den ersten 6 Wochen	eheliche	4.70	4.76
	uneheliche	10.05	13.92
in den ersten 10 Lebenstagen	eheliche	2.96	3.35
	uneheliche	4.96	7.26

Demnach beträgt der Anteil an der Gesamtsterblichkeit der Säuglinge des ganzen Jahres:

		1913	1925
in den ersten 6 Lebenswochen ..	bei den ehelichen	37.9%	51 %
	bei den unehelichen	41.3%	67.8%
in den ersten 10 Lebenstagen ...	bei den ehelichen	23.8%	36 %
	bei den unehelichen	20.2%	35.5%

Mehr als die Hälfte aller Sterbefälle, auch der ehelichen, während der ersten 6 Wochen fällt also in die ersten 10 Tage nach der Geburt.

Die Sterblichkeit der Kinder im 1. Lebensmonat verringert sich von Woche zu Woche und von Tag zu Tag. Sie ist am größten am 1. Tage nach der Geburt, sinkt am 2. Tag auf die Hälfte, am 3. Tage fast auf ein Drittel und am 4. auf ein Sechstel des 1. Tages. Auf Grund einer preußischen Statistik stellte Rott fest, daß von den in den ersten 15 Tagen gestorbenen Säuglingen 45% in den ersten 3 Tagen sterben, davon 24.5% am 1. Lebenstage. Man kann also sagen, daß die Sterblichkeit des 1. Lebensmonats entscheidend beeinflußt wird von der Sterblichkeit der 3 ersten Lebenstage und ganz besonders von der des 1. Lebenstages.

In der Todesursachenstatistik tritt die Frühsterblichkeit, d. h. die Sterblichkeit der 1. Lebenswoche unter der Rubrik „Lebensschwäche und Bildungsfehler" auf. Unter den Todesursachen der Sterbefälle des 1. Lebenstages dominiert die Lebensschwäche mit 91%. Unter den Sterbefällen des 1. Lebensmonats steht sie noch mit 66% an der Spitze.

Die Abnahme der Gesamtsterblichkeit, welche seit den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts festzustellen ist, und welche bis zum Jahrhundertsschluß fast ausschließlich die erwerbsfähigen Lebensalter betraf, hat nach 1900 auch die Kinder bis zum 14. Lebensjahre erfaßt. Seit dem Jahre 1914

Digitized by Google

ist eine deutliche Abnahme der Säuglingssterblichkeit festzustellen. Diese Abnahme betrifft aber nicht die Neugeborenen, bei welchen im Gegenteil eine Zunahme der Sterblichkeit in die Erscheinung tritt[1].

Bedeutungsvoll sind die Feststellungen von Schlosmann[2], welche er auf Grund des Vergleiches der Säuglingssterblichkeit der Jahre 1913 und 1925 an der Hand der amtlichen Statistiken für den Regierungsbezirk Düsseldorf machen konnte. Dieser Vergleich ergibt für die Gesamtsäuglingssterblichkeit eine Abnahme seit dem Jahre 1913, für die Sterblichkeit im 1. Lebensmonat dagegen eine Zunahme. Noch bedeutungsvoller für unsere Frage ist das Ergebnis, daß diese Zunahme nur die ersten 5 Lebenstage betrifft, während jenseits des 5. Tages bis zum 1. Monat eine Abnahme festzustellen ist. Die Zunahme in den ersten 5 Tagen ist so groß, daß die Abnahme in den restlichen Tagen des Monats nicht zum Ausdruck kommt. Bemerkenswert ist ferner die Tatsache, daß die Zunahme auf dem Lande größer ist als in der Stadt, und bei den Unehelichen größer als bei den Ehelichen. Am größten also bei den Unehelichen auf dem Lande.

S. Peller[3] weist an einer Untersuchungsreihe der Jahre 1927—1929 der 3. geburtshilflichen Klinik in Wien nach, daß der soziale Faktor der günstigeren Lebensverhältnisse in den letzten Monaten der Schwangerschaft sich auswirkt im Seltenerwerden vorzeitiger Geburten, in Besserentwicklung der Frucht, in Verminderung der Totgeburten und der Frühsterblichkeit.

Diese Feststellungen lassen erkennen, wie groß die Bedeutung der äußeren Lebensbedingungen der Mutter in der Schwangerschaft und besonders in ihren letzten Monaten auch für das Schicksal des Kindes ist. Man wird nicht umhin können, der von mir immer wieder in ihrer volkshygienischen Wichtigkeit betonten Tatsache der gewerblichen Berufsschädigungen und der dreifachen Belastung der Frauen mit Berufsarbeit, Hauswirtschaft und Schwangerschaft mehr als bisher Rechnung zu tragen, und den Schäden, welche auch das Kind treffen, durch Befreiung der Frauen aus der außerhäuslichen Erwerbsarbeit in den letzten Monaten der Schwangerschaft vorzubeugen[4].

Teleky und Weickert haben neuerdings bestätigt, daß die Kinder der kurz vor der Entbindung arbeitenden Frauen kleiner sind als die der übrigen Frauen. Die Zahl der Kinder unter 2700 g Gewicht ist bei ihnen fast doppelt

---

[1] Rott: Säuglingssterblichkeit, Lebensschwäche und Bildungsfehler. Ergebnisse der sozialen Hygiene. Bd. 1.

[2] Kliwo 1927, Nr. 26.

[3] S. Peller: Zum Problem der Totgeburten und der Neugeborenensterblichkeit. Kliwo 1930, Nr. 18.

[4] Max Hirsch: Arch. Frauenkunde. 1925, Bd. 11, S. 317; 1927, Bd. 13, S. 393; Zbl. Gynäk. 1925, S. 1793; 1927, S. 136, 1420, 3166.

Siehe auch Abschnitt III A., S. 59.

Digitized by Google

so groß wie unter der Gesamtheit der nichtarbeitenden Fabrikarbeiterinnen und der überhaupt nicht erwerbstätigen Frauen. Und die Zahl der über 3700 g wiegenden Kinder beträgt bei den arbeitenden Frauen kaum die Hälfte.

Durch dieses Mindergewicht wird die Lebenstüchtigkeit der Säuglinge beeinträchtigt. Die Mutterschaftsfürsorge muß dem durch Einsetzen der Wochenhilfe abhelfen und nach gesetzgeberischer Erweiterung derselben in dem S. 91 ff geschilderten Sinne trachten.

Sie muß aber auch zu vermeiden wissen, daß Kinder mit ungenügendem Gewichtsanstieg aus der Klinik entlassen werden. Das wird von Schoedel[1] als eine der Ursachen der Frühsterblichkeit betrachtet. Wenn es wegen Mangel an Platz doch notwendig ist, so muß die Überweisung in geschlossene Mutterschaftsfürsorge vorgenommen werden. Das ist die Aufgabe der den Gebäranstalten eingegliederten Sozialabteilungen.

Die Feststellungen über die Sterblichkeit der Neugeborenen in den ersten Lebenstagen und ihre Zunahme lassen keinen Zweifel darüber, daß ein erheblicher Teil dieser Todesfälle auf Vorgänge in der Geburt zurückzuführen ist.

Sehr interessante Angaben macht die 2. Universitäts-Frauenklinik Wien über die Ursachen der zur Zeit im Vordergrunde stehenden Neugeborenensterblichkeit. Nach Abzug der Totgeborenen und mazerierten Kinder kommt als Todesursache in den ersten 10 Tagen in Frage: Geburtstrauma in 44.98%, Aspiration in 5.91%, Lebensschwäche in 27.81%, Pneumonie 8.29%, seltene Todesursachen 5.32%, Mißbildungen 7.69%. Im Vordergrunde stehen demnach Geburtstrauma und Lebensschwäche, und an dem Geburtstrauma sind die Unreifen (Lebensschwachen) am meisten beteiligt. Geburtstrauma ist Todesursache bei Reifen in 14.23%, bei Unreifen in 30.77%, bei Pneumonie sind die entsprechenden Zahlen 1.77% und 6.51%. Als Wege zur Minderung dieser Verluste kommen Schwangerenberatung und klinische Geburtshilfe in Frage.

In der Statistik der Säuglingssterblichkeit während des 1. Lebensmonats überwiegen Frühgeburt und Mißbildung mit nahezu $^2/_3$ der Fälle, während Ernährungsstörungen und Erkrankungen des Atmungsapparates sowie Infektionskrankheiten nur eine geringe Rolle spielen. Diese Krankheiten, besonders aber die Ernährungsstörungen, übernehmen dagegen schon im 2. Monat die Führung unter den Todesursachen.

Durch diese Feststellungen wird das Problem der Frühsterblichkeit der Neugeborenen auf die Schultern des Frauenarztes gelegt und zu einer geburtshilflichen Aufgabe gestempelt. Das wird bestätigt durch die Feststellung der pathologischen Anatomen, daß an der Sterblichkeit der Neugeborenen das Geburtstrauma in hervorragendem Grade beteiligt

[1] Schoedel: Zur Verhütung der Frühsterblichkeit. Eine dringliche Aufgabe der Entbindungsanstalten. Zbl. Gynäk. 1929, Nr. 42.

Digitized by Google

ist. In erster Linie als Schädigung des Gehirns, deren Vorhandensein zwar schon früher von Ylppö, Seitz und Beneke erkannt war, deren Häufigkeit und Wirkung aber erst jüngst durch die Untersuchungen von Schwartz und Siegmund aufgedeckt worden sind. Während vordem nur den großen Blutungen in die Gehirnhäute, welche der Beobachtung des Klinikers und dem Auge des Anatomen leicht zugänglich sind, Bedeutung beigemessen wurde, hat man in den letzten Jahren auch den kleinen Blutungen, selbst den nur mikroskopisch sichtbaren eine wesentliche Wirkung auf Leben und Entwicklung des Säuglings zugeschrieben. Diese Blutungen sind als Folge des Geburtsvorganges zu betrachten und durch die Druckunterschiede zwischen dem noch in der Gebärmutter und dem bereits im Becken oder gar außerhalb desselben befindlichen Teil des kindlichen Kopfes erkannt worden. Derart, daß durch den Unterdruck innerhalb der Gebärmutter ein Blutrückfluß nach dem noch dort befindlichen Teil und infolge davon ein Bersten der Gefäße stattfindet. Diese Gefahr ist um so größer, je länger der Geburtsvorgang dauert.

Viele Krankheitserscheinungen des Säuglings, besonders diejenigen, welche unter den Sammelbegriffen Lebensschwäche, Krämpfe, Dystrophie, Trinkfaulheit bezeichnet zu werden pflegen, werden darauf zurückgeführt.

Auch von den Frühgeborenen fällt ein Teil den Gehirnschädigungen zum Opfer. Aber auch ohne sie ist die Frühgeburt und das nicht voll ausgereifte sowie das ausgetragene, aber untergewichtige Kind durch den Geburtsvorgang stärker gefährdet als das vollgewichtige und ausgetragene Kind. Mangel an Wärmeregulationsvermögen und an Widerstandskraft gegen Infektion rafft sie hinweg.

Erst bei einem Gewicht von mehr als 2000 g sind Frühgeborene unter sorgfältiger Pflege am Leben zu erhalten. Darunter ist der Prozentsatz recht gering.

Auf Grund dieser Feststellungen muß die Verhütung der Frühgeburt und Frühsterblichkeit, des Geburtstraumas, der angeborenen Lues und der Lebensschwäche sowie die Aufzucht der Frühgeborenen als ein Problem der Mutterschaftsfürsorge bezeichnet werden, an welchem Geburtshelfer, Kinderarzt und Hebamme gemeinsam zu arbeiten haben[1].

An dem Geburtstrauma sind gewiß auch die Verschiebung im Verhältnis der Erst- und Mehrgeburten und die Zunahme des durchschnittlichen Alters der Erstgebärenden beteiligt.

Ich habe die Zunahme der Erstgeburten im Freistaat Baden in folgender Tabelle bis zum Jahre 1923 berechnet, betone aber ausdrücklich, daß die Verschiebung zugunsten der Erstgeburt seither noch bedeutend fortgeschritten ist.

[1] Siehe S. 112 ff.

Digitized by Google

Auf 100 Gebärende kommen im Freistaat Baden im Durchschnitt der Jahre

	1908—1909	1920—1925
Erstgebärende	21.73	34.82
Zweitgebärende	18.76	23.93
Drittgebärende	14.62	14.23
Viertgebärende	11.72	8.82
Fünftgebärende	9.02	5.71
Sechstgebärende	7.16	3.98
Siebentgebärende	5.13	2.72
Achtgebärende	3.86	1.93
Neuntgebärende	2.58	1.27
Zehntgebärende	2.05	0.96
Elftgebärende	1.15	0.57
Zwölftgebärende	0.94	0.45
Dreizehntgebärende	0.56	0.27
Vierzehntgebärende	0.33	0.15
Fünfzehntgebärende	0.17	0.09
Sechzehntgebärende	0.11	0.06
Siebzehntgebärende	0.05	0.03
Achtzehntgebärende	0.03	0.01
Neunzehntgebärende	0.015	0.004
Zwanzigstgebärende	0.003	0.004
Einundzwanzigstgebärende	0.007	0.002
Zweiundzwanzigstgebärende	0.0007	0.002
Dreiundzwanzigstgebärende		0.0003

Auf der relativen Zunahme der Erstgeburten beruht auch die Tatsache, daß die Frühsterblichkeit bei den Unehelichen mehr zugenommen hat als bei den Ehelichen. Denn die unehelichen Mütter haben einen größeren Hundertsatz von Erstgeburten als die ehelichen.

Dieser Erklärung gegenüber versagt die Schlußfolgerung, welche Fahlbusch zieht. Er meint, daß die ärztliche Geburtshilfe an dem Kinderverlust nicht beteiligt sein könne, da die unehelichen Mütter nicht schlechter versorgt würden als die ehelichen, im Gegenteil sogar häufiger die klinische Behandlung aufsuchen als jene. Es ist eben der höhere Prozentsatz an Erstgeburten, welcher die stärkere Zunahme der Kinderverluste bei den unehelichen Müttern erklärt.

Als weiteres erschwerendes Moment ist die Zunahme des Alters der zum ersten Male gebärenden Frauen zu nennen. Dieses ist z. B. in Wien im Laufe der letzten 4 Jahre von 24.4 auf 26.8 Jahre gestiegen, hat also die oberste Grenze des für die erste Geburt günstigsten Lebensalters erreicht.

Da die Erstgeborenen den Einwirkungen der Geburt in höherem Grade ausgesetzt sind als die späteren Kinder, und da dies in um so höherem Grade der Fall ist, je älter die Erstgebärenden sind, so ist der Schluß berechtigt, daß das Trauma der Geburt an der Zunahme der Frühsterblichkeit wie an der Frühsterblichkeit überhaupt im besonderen Grade beteiligt ist.

Die Mehrsterblichkeit der Neugeborenen und ihre Zunahme während des

Digitized by Google

letzten Jahrzehnts fordert aber auch insofern die Aufmerksamkeit des Geburtshelfers heraus, als diese Zunahme nicht nur die lebend Neugeborenen, sondern, wie folgende Tabelle zeigt, auch die Totgeborenen betrifft:

Todesfälle der Kinder bei der Geburt im Durchschnitt der Jahre auf 100 Geborene

Deutsches Reich		Freistaat Baden			
Jahre	totgeboren	Jahre	totgeboren	innerhalb 9 Tagen gestorben	Zusammen
1851—1880	4.0	1886—1900	2.88		
1881—1900	3.5	1901—1910	2.64	2.86	5.50
1901—1910	3.0	1911—1920	2.64	2.74	5.38
1911—1920	3.0	1921—1925	2.65	2.87	5.52
1921—1926	3.3				

Man muß also sagen, daß die Lebensaussichten der Kinder vor, während und nach der Geburt sich seit dem Jahre 1911 verschlechtert haben.

Es ist aber nicht allein die wirtschaftliche Lage, Erwerbsarbeit und andere Umweltbedingungen, welche die Schuld an der Zunahme der Totgeburten und der Frühsterblichkeit tragen, sondern alle Zeichen sprechen dafür, daß diese Sterblichkeit auch abhängig ist von dem Geburtsvorgang selbst und seiner Leitung.

Diese Erkenntnis hat sich mir aus der Betrachtung der geburtshilflichen Ergebnisse im allgemeinen und des Schicksals der auf operativem Wege geboren Kinder im besonderen ergeben[1].

Die Untersuchungen gestatten einen Einblick in die ursächliche Rolle, welche der Geburtsvorgang als solcher oder besser die Dynamik der Geburt in dem Vorgang des Totgeborenwerdens und des Frühsterbens spielt.

Klinischen Angaben über die Bedeutung der pathologischen Geburt für das Leben des Kindes sind in ausreichendem Maße vorhanden. Aber sie geben nur ein Bild des klinischen Geschehens im einzelnen in nicht zusammenhängenden Ausschnitten und sind abhängig von dem den Kliniken zufließenden Material und der jeweils dort herrschenden geburtshilflichen Lehre. Eine allgemeingültige volkshygienische oder bevölkerungspolitische Bedeutung kann man ihnen nicht beimessen. Diese zu gewinnen ist nur möglich an der Hand landesstatistischer Aufzeichnungen, welche allen per-

[1] Max Hirsch, Der Weg der operativen Geburtshilfe in bevölkerungspolitischer Beleuchtung. Arch. Frauenkde. u. Konst.forschg. 13, 201. — Über die Arbeitsteilung der Geburtshilfe in häuslich-normale und klinisch-operative. Zbl. Gynäk. 1928, Nr. 22 u. 23. — Winter, Die neue operative Geburtshilfe nach Max Hirsch. Zbl. Gynäk. 1928, Nr. 1. — Die Zukunft der häuslichen Geburtshilfe. Med. Klin. 1929, Nr. 1 u. 2. — Doerfler: Vom Kaiserschnitt zur aseptischen Geburt 1929. — Um die Erhaltung von Mutter und Kind. Zbl. Gynäk. 1930, Nr. 33.

Digitized by Google

sönlichen Einflüssen entrückt und wegen der großen Ziffern am wenigsten mit Fehlern belastet sind und einen Überblick über lange Zeiträume gestatten.

Obenstehende Tabelle zeigt, daß das Schicksal der Kinder bei der Geburt seit 7 Jahrzehnten nahezu dasselbe ist. In den ersten beiden Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts ist die Sterblichkeit am niedrigsten. In den letzten 20 Jahren ist sie etwas angestiegen, aber nicht bis zu der Höhe, welche sie in den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts gehabt hat.

Diese geringen Schwankungen besagen wenig. Man kann sagen, daß die Sterblichkeit der Kinder bei der Geburt seit rund 50 Jahren fast unverändert geblieben ist. Und das, obwohl die äußeren Lebensbedingungen der Bevölkerung und insbesondere die der schwangeren Frau, was Wohnung, Ernährung, Kleidung anbelangt, sich von Grund auf gebessert haben. Und obwohl die ärztliche Geburtshilfe mancherlei Zuwachs an wirksamen Mitteln (Antisepsis, Narkose, Hypophysenextrakte) erfahren hat. Die Ziffer der Totgeborenen ist durchschnittlich 3.3%, die der intra et post partum Gestorbenen durchschnittlich 5.5%. Die höheren, aus Kliniken mitgeteilten Ziffern, wie die der Gießener Klinik (V. Jaschke, Arch. Gynäk. 134, H. 1) mit 4.1% Totgeborenen und mit 10% ante, intra et post partum Gestorbenen, beruhen auf der Eigenart des klinischen Materials und können auf Landesverhältnisse nicht übertragen werden.

An dieser Konstanz der kindlichen Todesziffer hat auch die operative Geburtshilfe nichts zu ändern vermocht.

Die Sterblichkeit der Kinder auf 100 geburtshilfliche Operationen im Freistaat Baden beträgt:

1891—1900.... 18.1%	1911—1920.... 16.6%
1901—1910.... 19.0%	1921—1925.... 14.9%

Also: weder Antisepsis noch Asepsis noch Wehenmittel haben einen nennenswerten Einfluß auf die Sterblichkeit des Kindes in der Geburt in den letzten 35 Jahren ausgeübt.

Hier sind schwerwiegende Fragen aufgeworfen, welche die medizinische Wissenschaft nur im Bunde mit der Gesundheitsfürsorge wird lösen können. Die Mutterschaftsfürsorge aber in dem umfassenden Sinne, wie sie begriffen werden muß, ist berufen, hierin der Zukunft das zu geben, was man der Vergangenheit schuldig geblieben ist.

5. Die Mehrlingsschwangerschaft

Die Mehrlingsschwangerschaft ist häufiger als der Praktiker anzunehmen geneigt ist. Nach der lex Hellin, so genannt nach demjenigen Autor, welcher die Mehrlingsschwangerschaft zum Gegenstand systematischer Un-

Digitized by Google

tersuchungen gemacht hat, kommen auf 80 Geburten eine Zwillingsgeburt, auf $80^2 = 6400$ Geburten eine Drillingsgeburt, auf $80^3 = 512000$ Geburten eine Vierlingsgeburt.

Damit übereinstimmend sind die Berechnungen von Veit und Guzzoni. Ersterer hat Erhebungen an 13 Mill. Geburten, letzterer an 81 Mill. Geburten veranstaltet. Ihre Ergebnisse werden durch die Medizinalstatistik bestätigt[1].

Es kamen:

	auf Geburten	Zwilling	Drilling	Vierling
nach Veit	89	1		
	7910		1	
	371126			1
nach Prinzing[1]	86	1		
	7142		1	
nach Guzzoni	7104		1	
	560000			1

Die Mehrlingsschwangerschaft gilt heute als ein besonderer Fall der Vererbung.

Wegen der Gefahr, welche aus der Mehrlingsschwangerschaft für Mutter und Kind erwachsen, muß die Mutterschaftsfürsorge danach streben, sie rechtzeitig zu erkennen, um die häufigen Wechselfälle zu verhüten, welche während der Schwangerschaft eintreten können, wie Schwangerschaftsniere, Eklampsie (5—6% der Fälle), Frühgeburt (25% der Fälle) und Totgeburt.

Diese Gefahren können am besten in klinischer Behandlung abgewendet werden, so daß die Mehrlingsschwangerschaft schon bei der Schwangerenberatung für die Klinik ausgemustert werden muß.

Auch die eugenetische Bedeutung der Mehrlingsgeburt ist durchaus beachtenswert[2].

6. Der therapeutische Abort

Eine wichtige und dankbare Aufgabe hat die Mutterschaftsfürsorge aus der Frage des therapeutischen Abortus[3] zu erfüllen. Ihr ist die Entscheidung in die Hand gegeben, ob die ihrer Obhut anvertrauten Schwangeren imstande sind, ohne Gefahr des Lebens und ohne Gefahr einer dauernden Schädigung der Gesundheit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu überstehen. Es erwächst ihr die Aufgabe sorgsamster Überwachung der Schwangeren, rechtzeitiger Warnung und im Falle ernster Schädigung

[1] Prinzing: Handbuch der Medizinalstatistik 1906.

[2] Kiffner: Die Entstehungsursachen und die eugenetische Bedeutung der Mehrlingsgeburt. Arch. Frauenkde. u. Konst.-forschg. Bd. X (1924).

[3] Max Hirsch: l. c.

Digitized by Google

Überweisung der Schwangeren zur Einleitung des Abortus aus medizinischer Indikation.

Daß im Arbeitskreis der Mutterschaftsfürsorge den Lebensumständen eine ganz besondere Aufmerksamkeit zugewendet werden muß, und daß die sozialen Anzeigen in ihrer ganzen Breite und Tiefe in jedem Einzelfalle geprüft und in die Wage gelegt werden müssen, ist im Wesen der Mutterschaftsfürsorge begründet. Derselben Beurteilung unterliegt auch die eugenetische Indikation[1].

7. Die Tuberkulose

Auch ein Teil der Tuberkulosekranken fällt der Mutterschaftsfürsorge zu. Es sind die tuberkulösen Schwangeren, deren soziale Lage, deren Ansteckungsfähigkeit und deren Zustandsänderungen unter dem Einfluß der Schwangerschaft besonderer Aufsicht der Fürsorge bedürfen. Es wird die oft so schwere Frage entschieden werden müssen, ob die Schwangerschaft durchgeführt werden kann oder unterbrochen werden muß. Es werden alle kurativen Mittel überlegt und angewendet werden müssen, welche den Gesundheitszustand der tuberkulösen Frau gegen die Anforderungen, welche die Schwangerschaft an den Organismus stellt, zu schützen vermögen.

Es ist heute auf Grund experimenteller Beobachtung am weiblichen Meerschweinchen mit Sicherheit anzunehmen, daß schon die normale Menstruation, also die genitale Mindestleistung des reifen weiblichen Körpers, eine Gefahr für die tuberkulöse Frau bedeutet. Die Verschlimmerung des Krankheitsherdes, durch vermehrten Husten und Auswurf erkennbar, größeres Krankheitsgefühl, Gewichtsabnahme, Temperatursteigerungen um 0.5° C besonders im Prämenstruum, pleuritische Reizungen: alle diese Erscheinungen werden von den Tuberkuloseforschern als allergische Mensesreaktion bezeichnet und einer diagnostischen Tuberkulinreaktion gleichgeachtet[2].

Bedeutet also schon die normale Menstruation einen Aktivierungsreiz für die lungentuberkulöse Frau, um wieviel mehr ist diese Gefahr zu erwarten von der Höchstleistung, von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Milchbildung, für welche die Menstruation nur eben die physiologische Vorbereitung ist. Ärztliche Erfahrung an zahlreichen Fällen läßt daran keinen Zweifel mehr.

An dieser Tatsache ändert nichts die Mannigfaltigkeit und Verschiedenartigkeit, in welcher tuberkulöse Frauen die Schwangerschaft ertragen. Wohl aber wird die Voraussicht des Schwangerschaftsverlaufes und seiner

[1] Max Hirsch (l. c.).

[2] Granzow: Die Wechselbeziehungen zwischen der Tuberkuloseerkrankung und den Generationsvorgängen im weiblichen Organismus. Wien 1930.

Digitized by Google

Einwirkung auf den Organismus dadurch unsicher und die Entscheidung schwer.

Eine Norm läßt sich um so weniger aufstellen, als die Beziehungen beider Vorgänge in hohem Maße von den äußeren Lebensbedingungen abhängig sind. Kaum auf einem Gebiete der Heilkunde sind die Meinungen unsicherer, widerspruchsvoller und abhängiger von Temperament, Weltanschauung, religiöser und sozialer Einstellung als in der Frage der Schwangerschaftsunterbrechung bei Tuberkulose.

Entscheidend unter allen Gesichtspunkten ist allein der soziale Faktor. Mit ihm steht und fällt das Schicksal der schwangeren tuberkulösen Frau.

Für den behandelnden Arzt ist es meist schwer, oft unmöglich, diesen sozialen Faktor gerecht zu würdigen. Die Mutterschaftsfürsorge dagegen hat alle Möglichkeiten dafür zur Hand. Ihr sollte deswegen bei der Frage, ob die Schwangerschaft unterbrochen werden soll oder nicht, das entscheidende Wort zugebilligt werden. Ihr Vorgehen hat drei Ziele zu verfolgen:

1. Sie muß alle Mittel in Anwendung bringen, um die Lebenslage der tuberkulösen Frau für die Dauer der Schwangerschaft, des Wochenbetts und der Stillzeit so zu gestalten, daß Nachteile aus der Fortpflanzungsleistung nicht entstehen.

2. Sie muß Unterbringung der tuberkulösen Frau in eine Heilstätte anstreben.

3. Sie muß für den Fall, daß diese Hilfen nicht möglich oder ohne Erfolg angewendet sind, Unterbrechung der Schwangerschaft veranlassen.

Dabei muß wohl bedacht werden, daß das Wochenbett eine noch größere Gefahr für die tuberkulöse Frau bedeutet als die Schwangerschaft. Während hier die Therapie immerhin nicht unerhebliche Aussichten bietet, ein Fortschreiten des Tuberkuloseprozesses zu verhüten und einen im Fortschreiten begriffenen Herd günstig zu beeinflussen, und im Falle des Mißlingens durch Unterbrechung der Schwangerschaft die gefährliche Situation zu beendigen, ist die Therapie gegenüber dem fortschreitenden Prozeß im Wochenbett nahezu machtlos. Man hat früher geglaubt, durch Entfernung des puerperalen Uterus Einfluß auf die Tuberkulose zu gewinnen. Dieser Versuch mußte mißlingen, weil er biologisch falsch gedacht ist. Das Puerperium und die durch es bedingten Umwälzungen im Organismus sind nicht an den Uterus gebunden, sondern im gesamten endokrinen System verankert. Den Ablauf dieser Umwälzungen zu beeinflussen, abzubiegen oder gar zu beenden hat die ärztliche Heilkunde kaum ein Mittel in der Hand.

Wenn also je auf einem Gebiete die Mutterschaftsfürsorge berufen ist, erfolgreich einzugreifen, so auf dem der Tuberkulose in den Zeiten der Fortpflanzungsleistung. Denn die Tuberkulose ist eine ausgesprochene Krankheit der sozialen Lage. Und wer die Berechtigung einer reinen

Digitized by Google

sozialen Anzeige für ärztliches Handeln in der Heilkunde leugnet, muß sich, wenn er nur die Kraft der Logik walten läßt, durch die Frage nach der Schwangerschaftsunterbrechung wegen Lungentuberkulose eines anderen belehren lassen.

Von allergrößter Wichtigkeit ist das rechtzeitige Auffinden der tuberkulösen Schwangeren. Es wird meist leicht sein bei Offentuberkulösen. Aber das genügt nicht. Es genügt um so weniger, als sie nur den kleinsten Teil der Tuberkulosen ausmachen. Freilich: die Erkennung der geschlossenen Tuberkulose ist sehr schwierig, besonders für den praktischen Arzt. Nach einem Bericht von Braeuning[1], dem Chefarzt der Fürsorgestelle für Lungenkranke in Stettin und des Tuberkulosekrankenhauses in Hohenkrug, wurden trotz bester Zusammenarbeit der praktischen Ärzte mit der Fürsorgestelle nur 18% der offenen Tuberkulose erkannt, solange sie noch an geschlossener Tuberkulose litten: also 82% Versager. Hollmann und Redeke haben je 100 Kranke nachgeprüft, bei denen der praktische Arzt aktive Spitzentuberkulose angenommen und Heilstättenbehandlung beantragt hatte. Ihr Ergebnis war: 99.5% Fehldiagnosen. Braeuning sieht die Ursachen dieser Fehlleistung darin, daß

1. die beginnende Tuberkulose meist keine Beschwerden macht oder nur so geringe, daß sie keinen Verdacht erregt, weder beim Kranken noch beim Arzt;

2. daß die beginnende Tuberkulose meist nur im Röntgenbilde erkannt werden kann.

Derselbe Autor stellt fest, daß von 8927 für gesund Gehaltenen 0.68% und von 1967 „gesunden Exponierten" 4.6% eine sichere, zum Teil offene Tuberkulose haben.

Ein wie wichtiges diagnostisches Mittel die Röntgenuntersuchung anscheinend Gesunder ist, beweisen folgende Zahlen: die Röntgenuntersuchung deckte eine behandlungs- oder überwachungsbedürftige Tuberkulose auf bei exponierten Familienmitgliedern Offentuberkulöser in 5.3%, bei Wohnungsgenossen Offentuberkulöser in 2.6%, bei Verwandten und Freunden Offentuberkulöser in 1.2%, bei Arbeitsgenossen Offentuberkulöser in 2.1%, bei Lehrern und Mitschülern in der Klasse Offentuberkulöser in 4.3%.

Aus diesen Feststellungen geht für die Mutterschaftsfürsorge hervor, daß besonders diejenigen Schwangeren zu untersuchen und zu überwachen sind, welche zu den exponierten Familienmitgliedern oder Wohnungs- und Arbeitsgenossen, Freunden und Verwandten Offentuberkulöser gehören. Man sieht, daß es sich hier um Reihenuntersuchungen handeln und daß die Mutter-

[1] Braeuning: Das rechtzeitige Auffinden der Tuberkulose. Ergebn. d. gesamt. Tuberkuloseforsch. Bd. 1.

Digitized by Google

schaftsfürsorge in engster Zusammenarbeit mit der Tuberkulosefürsorge vorgehen muß.

Man wird die Forderung von Redeker nach häufiger Wiederholung der Röntgenphotos und ihrer Zusammenstellung zu Serien in die Diagnostik der Mutterschaftsfürsorge aufnehmen müssen, um eine möglichst zahlreiche Erfassung der tuberkulösen Schwangeren und Wöchnerinnen zu erzielen. Die Röntgenserie, deren Wert heute immer mehr erkannt wird, ist imstande, Versäumnisse und Fehlurteile zu vermeiden.

Die Mutterschaftsfürsorge wird ferner darauf bedacht sein müssen, nach der Niederkunft die Infektion des Säuglings durch die Mutter und durch andere Bazillenträger der Umgebung zu verhüten. Die Kinder tuberkulöser Mütter haben ohnehin schlechtere Lebensaussichten, was durch den Kräftezustand der Mütter begründet ist. Die Infektion der Frucht im Mutterleibe — ein sehr seltenes Vorkommnis — spielt sozialhygienisch keine Rolle. Wohl aber die Ansteckungsgefahr des Neugeborenen. Liegt bei einem der Eltern offene Tuberkulose vor, so ist die Infektion kaum zu vermeiden, wenn nicht der Säugling oder der Bazillenträger aus dem Hause genommen wird. Die Beobachtung muß sich deswegen nicht nur auf die Schwangere, sondern auch auf die übrigen Hausgenossen erstrecken. Auf den Ehemann und sogar auf die in der Hausgemeinschaft lebenden Großeltern, deren Alterstuberkulose oft nur geringe Erscheinungen macht, gleichwohl aber mit starker Bazillenausscheidung einhergehen kann.

Aus alledem geht hervor, daß die Mutterschaftsfürsorge in enger Verbindung mit der Tuberkulosefürsorge stehen und handeln muß. Letztere aber muß, wenn sie auf der Höhe ihrer Wirksamkeit sein will, in ihrem Bezirke jeden Infektionsherd, jeden Bazillenträger kennen und je nach Art des Falles erzieherische und vorbeugende Maßnahmen treffen. Worunter als die besten die Isolierung des Bazillenträgers und die Abtrennung der Gesunden gelten muß. Dazu alles, was man als „hygienische Sanierung" zusammenzufassen pflegt.

Die Tuberkulosefürsorge muß auch in den ihr anvertrauten Familien über die Fälle von Schwangerschaft genau unterrichtet sein und ihrerseits wiederum die Mutterschaftsfürsorge davon in Kenntnis setzen. Gemeinsamer Entscheidung wird es obliegen, ob Heilstättenbehandlung oder Unterbrechung der Schwangerschaft oder im Falle ihrer Durchführung Entfernung des Säuglings aus seiner Umgebung anzuordnen ist.

Der Verlauf der Tuberkulosesterblichkeit seit der Vorkriegszeit und ihre Verteilung auf die Altersklassen läßt erkennen, daß seit der Festigung unserer Geldwährung — womit über ursächliche Beziehungen nichts gesagt sein soll — im Jahre 1924 die Tuberkulosesterblichkeit der günstigsten des Jahres 1913 wiederum nahezu gleichsteht und bei allmäh-

Digitized by Google

lichem Absinken im Jahre 1928 60% des Standes von 1913 erreicht hat. Damit kommt die Tuberkulosesterblichkeit in Deutschland der sehr günstigen in England und Amerika nahe, während die in Frankreich noch immer nahezu doppelt so groß ist.

An dieser Besserung in Deutschland, welche offenbar der sozialen Versicherung und der sozialen Fürsorge zu danken ist, haben die höheren Altersklassen über 40 Jahre den größten, die kindlichen und jugendlichen Alter aber den geringsten Anteil. Es liegt also eine Verschiebung der Tuberkulosesterblichkeit auf die jüngeren Altersklassen vor. Eine Feststellung, welche die künftige Tuberkulosebekämpfung auf die Verhütung der frühzeitigen Infektion der Kinder hinweist. Säuglingsalter, Spielalter und Reifealter (14—24 Jahre) nehmen an dem Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit nicht teil, weisen sogar ein geringes Ansteigen auf. In den ersten 3 Lebensjahren mehr bei den Knaben, vom 3. bis 15. Lebensjahre sehr viel mehr bei den Mädchen.

Über die Morbiditätsziffer der Tuberkulose ist leider Zuverlässiges immer noch nicht zu sagen. Die Meldepflicht für offene Tuberkulose genießt in den Reihen der Ärzte noch keine lückenlose Anerkennung. Nach Braeuning haben erwachsene Tuberkulöse mit positivem Bazillenbefund des Auswurfes in 80% der Fälle ihre Kinder infiziert. Kranke mit geschlossener Tuberkulose dagegen können jahrelang mit ihren Kindern zusammen sein, ohne sie zu infizieren. Trotzdem erfordern die schwangeren Tuberkulösen besondere Vorsicht und Aufsicht, weil geschlossene Tuberkulosen durch die Schwangerschaft aktiviert werden können. Von der frühzeitigen Erkennung der Tuberkulose wird daher das Schicksal der Schwangeren und Verhütung der Infektion von Säuglingen und Kleinkindern abhängig sein.

In diesem Punkte ist die Mitwirkung der Mutterschaftsfürsorge insofern von Wichtigkeit, als sie schon bei der Schwangerenberatung auf Tuberkulose aufmerksam werden und die geeigneten Fürsorgemaßnahmen, insbesondere die Meldung an die Tuberkulosefürsorgestelle für die Zeit des Wochenbetts veranlassen muß.

Wenn je auf einem Gebiete, so ist auf dem der Tuberkulose die Zusammenarbeit der verschiedenen Zweige der Fürsorge: Mutterschaftsfürsorge, Säuglingsfürsorge und Tuberkulosefürsorge erforderlich.

8. Syphilis und Gonorrhöe

Ein besonders wichtiger Teil der Mutterschaftsfürsorge sind die Geschlechtskrankheiten. Zunächst die Syphilis von Mutter und Kind. Wenn auch angesichts des Rückganges der Zahl frischer Syphilisfälle ein

Digitized by Google

Nachlassen auch der Syphilis der Schwangeren und ihres Kindes zu erwarten ist, so ist immer doch das Zusammentreffen von Schwangerschaft und Syphilis als eine ernste, das Allgemeinwohl sehr angehende und deswegen der Fürsorge zufallende Krankheit zu betrachten.

Es kann hier nicht die Pathologie der luetischen Schwangeren, auch nicht die Pathologie des hereditär syphilitischen Säuglings erörtert werden. Das ist Sache der klinischen Lehrbücher. Wohl aber müssen diejenigen Tatsachen besprochen werden, welche für die Mutterschaftsfürsorge von Bedeutung sind.

Da verdient einmal die schwere Erkennbarkeit der Lues in der Schwangerschaft genannt zu werden.

Es wird Aufgabe der Fürsorge sein, die schwangere luetische Frau so früh wie möglich zu erkennen und der ärztlichen Behandlung zuzuführen und so lange darin zu halten, bis die Krankheit gründlich genug behandelt ist. Nur so werden die schweren Schäden der Infektion dem Säugling ferngehalten werden können. Schäden, welche nicht nur an den Hautbedeckungen des Körpers sich zeigen, sondern in fast allen Fällen auch die inneren Organe treffen und die Lebensfähigkeit und den Lebenswert des Kindes stark herabsetzen.

Nach Philipp[1] sind 5.0% der schwangeren Frauen syphilitisch. Coerper[2] hat in 10% positiven Befund erhoben. Die Zahl ist gewonnen an den die öffentlichen Heilanstalten der Großstadt aufsuchenden Frauen, auf Grund systematisch angestellter Untersuchungen und unter Anwendung aller zur Verfügung stehenden diagnostischen Mittel. Bei der Landbevölkerung sind weit geringere Zahlen vorauszusetzen.

80% der von diesen Frauen geborenen Nachkommen sind syphilitisch. Demnach würden in Deutschland, wenn man eine Geburtenziffer von einer Million zugrunde legt, jährlich 50000 syphilitische Schwangere auffindbar sein, von denen 40000 syphilitische Früchte geboren werden.

Genauere Unterlagen für die Berechnung sind nicht vorhanden. Die Todesfallziffern sind deswegen unbrauchbar, weil längst nicht alle syphilitischen Säuglinge an der Syphilis sterben, und weil bei den gestorbenen die Syphilis durchaus nicht immer erkannt wird. Dazu kommt, daß die Diagnostik ohne lückenlose Blutuntersuchung alle diejenigen Fälle unerkannt läßt, welche dauernd gesund bleiben (4% nach Gammelthoff) oder bei denen die Erkrankung erst in späterer Lebenszeit in die Erscheinung tritt. In der Gruppe der Früh- und Totgeburten und in der Gruppe der an Lebensschwäche Gestorbenen befinden sich viele unerkannte Fälle von angeborener Syphilis.

[1] Philipp: Die Bekämpfung der Lues bei Mutter und Kind. Ergebn. d. soz. Hyg. u. Gesundheitsfürs. Bd. 1 (1929).

[2] Coerper: Ärztekonferenz über die Bekämpfung der Frühsterblichkeit. 1928.

Digitized by Google

Bei vielen von ihnen konnte der Nachweis der Spirochaeta pallida in der Nabelschnur die Diagnose sichern.

Es ist für die Mutterschaftsfürsorge notwendig zu wissen, daß die Lues als Ursache des Abortus nicht die Rolle spielt, welche man ihr früher zugemessen hat. Die darauf bezüglichen Untersuchungen haben fast ausnahmslos zu negativem Ergebnis geführt. Philipp hat in der Frucht und in den Eihäuten bei Lues der Mutter niemals Spirochaeten gefunden. Auch die serologischen Untersuchungen vieler Autoren führen zu der Erkenntnis, daß die Lues auf den Abort keinen Einfluß hat. Ganz unwidersprochen freilich ist diese Auffassung nicht.

Anders die Früh- und Totgeburten. Philipp fand bei 90% der marzeriert geborenen Früchte die Spirochaeten pallida, Heinemann bei 60% der unreifen und frühgeborenen Früchte positive Seroreaktion. Mit diesen Feststellungen stehen die von Kehrer und Baumm und manchen ausländischen Autoren in Widerspruch, deren Angaben zwischen 10—40% schwanken. Buschke nimmt für Deutschland 20—25000 totgeborene syphilitische Kinder an.

Für die Mutterschaftsfürsorge wichtig ist ferner die Tatsache der außerordentlichen Mortalität der lebendgeborenen kongenital-syphilitischen Kinder, die z. B. von der Wiener Kinderklinik auf 60%, von dem Kinderasyl der Stadt Berlin auf 69% berechnet worden ist. $^3/_4$ der Todesfälle entfallen auf die ersten 3 Monate.

Das Schicksal der am Leben bleibenden Kinder aber ist außerordentlich schlecht, besonders mit Bezug auf ihre geistige Verfassung (Hochsinger, Hübener usw.).

Die Bedeutung der Syphilis für das Schiksal der Familie und ganzer Generationen ist heute in ihrer Schwere erkannt[1].

Die außerordentliche Bedeutung der Mutterschaftsfürsorge für die Bekämpfung der angeborenen Syphilis beruht auf der Tatsache, daß die antisyphilitische Behandlung der Mutter während der Schwangerschaft imstande ist, die genannten verheerenden Folgen zu verhüten. Man kann sagen, daß rechtzeitige, planmäßig durchgeführte Behandlung mit größter Wahrscheinlichkeit zur Geburt eines gesunden Kindes führt.

Daraus ergibt sich für die Mutterschaftsfürsorge die Aufgabe, sich auf rechtzeitige und restlose Erfassung aller syphilitischen Schwangeren einzurichten. Für diesen Zweck muß ein Weg geschaffen werden, die Frauen schon im Anfang der Schwangerschaft der Fürsorgestelle zuzuführen. Es genügt nicht, daß sie erst im letzten Monat etwa bei Auszahlung des ihnen zustehenden Wochengeldes sich einfinden. Die frühzeitige Erfassung ist

[1] Harry C. Salomon und Maida Salomon: Social Hygiene Okt. 1920 Bd. VI. Heft 4 (ref. in Arch. Frauenkde. u. Konstit.forschg. Bd. VIII 1922)

Digitized by Google

ohne Mitwirkung der Ärzte in Stadt und Land nicht erreichbar. Diese müssen daher mit dem Fürsorgegedanken erfüllt und von der Bedeutung der Blutuntersuchung überzeugt werden.

Die Diagnose freilich bietet Schwierigkeiten. Fast in der Hälfte der Fälle zeigen die syphilitischen Schwangeren keine klinischen Symptome ihrer Erkrankung und wissen auch nichts davon. Sei es, daß sie überhaupt keinen Primäraffekt gehabt haben und durch einen Schleimhautdefekt des Uterus gewissermaßen direkt in das Blut hinein infiziert worden sind. Sei es, daß der Primäraffekt der Portio oder der Scheide ihr und dem Arzt entgangen sind.

Die Schwierigkeit der Diagnose besteht ferner in dem sogenannten unspezifischen Ausfall der Wassermann-Reaktion bei syphilitischen Schwangeren, welcher nach Philipp in 5—6% der Fälle auftritt. Er läßt sich durch eine besonders sorgfältige Technik der Untersuchung vermeiden.

In den ersten 5 Monaten spielen die unspezifischen Ausfälle keine Rolle, wenn die Schwangerschaft ungestört ist. Beim Abort dagegen kommen sie, wenn auch sehr selten, vor. Häufiger schon vom 6. Monat der Schwangerschaft ab.

Die Wassermann-Reaktion allein genügt nicht, sie muß stets mit der Meineke-Trübungs-Reaktion und mit der nach Sachs-Georgi verbunden werden. Die Untersuchung der Nabelschnur auf Spirochaeten im Dunkelfeld, welche eine postpartale Kontrolle abgibt, hat für die Fürsorge während der Schwangerschaft keine Bedeutung. Wohl aber für die Fürsorge in Geburt und Wochenbett.

Philipp faßt die Erfahrungen der Universitäts-Frauenklinik in Berlin dahin zusammen, daß die Wassermann-Reaktion allein nicht entscheidend sei, daß, wenn zwei Reaktionen positiv ausfallen, mit größter Wahrscheinlichkeit Lues vorliege. Am zuverlässigsten habe sich die Meineke-Trübungs-Reaktion erwiesen, welche keinen unspezifischen Ausfall zeige.

Für die Mutterschaftsfürsorge wichtig ist ferner die fortlaufende Kontrolle aller verdächtigen Mütter bis weit in die Zeit nach der Niederkunft hinein.

Die Befürsorgung der von syphilitischen Müttern geborenen Kinder, seien sie krank oder gesund, ist Sache der Säuglings- und Geschlechtskrankenfürsorge.

Über den Blutuntersuchungen dürfen Vorgeschichte und körperliche Untersuchung nicht vernachlässigt werden. So ist z. B. Behandlung erforderlich bei schwangeren Frauen, welche früher nachgewiesenermaßen Syphilis gehabt haben, deren Blut aber negativ reagiert.

In denjenigen Fällen, welche erst am Ende der Schwangerschaft oder bei der Geburt zur Untersuchung kommen, was aber, wie schon gesagt, durch

Digitized by Google

gute Organisation zu verhüten Aufgabe der Mutterschaftsfürsorge sein wird, ergibt die positive Reaktion immerhin noch wichtigen Hinweis für das Kind und für spätere Schwangerschaften.

Wird demnach die Mutterschaftsfürsorge bei fortschreitender Vervollkommung imstande sein, den größten Teil der Frauen rechtzeitig zu erfassen, so liegen die Dinge weit schwieriger mit Bezug auf das Kind. Soll die Bekämpfung der hereditären Lues zu vollem Erfolge führen, so darf man sich mit der Untersuchung der Mutter nicht begnügen. Seropositive Mütter können gesunde, seronegative können kranke Kinder gebären.

Die Mutterschaftsfürsorge wird daher darum bemüht sein müssen, die Neugeborenen aller während der Schwangerschaft als syphilitisch oder syphilisverdächtig erkannten Mütter der Aufsicht der Säuglingsfürsorge zuzuführen. Zusammenarbeit von Mutterschaftsfürsorge und Säuglingsfürsorge zur Bekämpfung der hereditären Syphilis ist unumgänglich notwendig.

Die Diagnose der hereditären Syphilis am Neugeborenen ist deswegen so schwer, weil die körperlichen Erscheinungen meist erst im Laufe der ersten Lebenswochen aufzutreten pflegen. Nach Pfaundler

bis	zum	Ende	der	1.	Woche	in	14%
„	„	„	„	2.	„	„	20%
„	„	„	„	3.	„	„	28%
„	„	„	„	4.	„	„	45%
„	„	„	„	5.	„	„	54%
„	„	„	„	6.	„	„	60%
„	„	„	„	7.	„	„	72%
„	„	„	„	8.	„	„	86%
„	„	„	„	9.	„	„	88%
„	„	„	„	10.	„	„	91%

Wenn es irgend möglich ist, sollte daher die Mutterschaftsfürsorge in den während der Schwangerschaft als Syphilis erkannten oder darauf verdächtigen Fällen dafür Sorge tragen, daß von allen bei der Geburt gebotenen Möglichkeiten der Diagnostik Gebrauch gemacht wird. Das sind Untersuchung der Nabelschnur auf Spirochaeten, histologische Untersuchung von Nabelschnur und Placentarteilen, Röntgenuntersuchung der Knochen und Seroreaktion. In Gebäranstalten stehen dem keine Schwierigkeiten entgegen. Aber auch bei Hausgeburten könnte dieses Ziel sehr wohl erreicht werden.

Infektion der Frucht vor dem 4. Monat ist unwahrscheinlich. Daher kommt die Behandlung in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft immer noch zu recht und in den späteren Monaten ist unzureichende Behandlung besser als gar keine. Wichtig ist, daß selbst diejenigen Frauen in der Schwangerschaft behandelt werden, welche früher an Lues gelitten haben,

Digitized by Google

hinreichend behandelt worden sind und als geheilt gelten. In besonders gelagerten Fällen freilich kann davon Abstand genommen werden. Diese Grundregeln zu kennen, ist für den Arzt der Mutterschaftsfürsorge notwendig.

Was das Kind anbelangt, so hat die Mutterschaftsfürsorge auf Grund ihrer Untersuchungsergebnisse während der Schwangerschaft in positivem oder verdächtigem Falle die sofortige Anweisung an die Fürsorge für Geschlechtskranke zu veranlassen.

Es ist Philipp beizustimmen, daß die Blutuntersuchung auf Syphilis während der Schwangerschaft genau so notwendig ist wie die des Urins auf Eiweiß. Bei großen Untersuchungsreihen sind die Kosten gering und werden von ihm auf M. 0.50 für die Untersuchung geschätzt.

Volksgesundheitlicher Gewinn kann nur von einer möglichst lückenlosen Erfassung aller Frauen in der Schwangerschaft erzielt werden. Mustergültig hierfür ist die Einrichtung in Rußland, welche an das Institut „Mutter und Kind" gebunden ist, und die Prenatal care in Amerika.

5% aller Gebärender der großen Gebäranstalten ergeben eine positive Blutuntersuchung auf Lues. Diese Mütter und Kinder sind, auch wenn sie gesund im klinischen Sinne sind, doch im Sinne der Reichsversicherungsordnung als krank anzusehen und der Fürsorge zuzuführen. Die rechtzeitige Behandlung der Mutter in der Schwangerschaft ist das wirksamste Mittel, um Mutter und Kind gesund zu machen, Frühgeburt und Frühsterblichkeit des Säuglings zu verhüten. Das neue Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bietet den Fürsorgestellen die Möglichkeit, die Behandlung auf dem Wege des Zwanges durchzuführen.

Eine sehr wichtige Aufgabe der Fürsorge ist der Schutz der Umgebung des syphilitischen Säuglings. Er ist eine Quelle der Infektion für das Pflegepersonal, für die Geschwister und die weitere Umgebung. Als Mutterbrust kommt deswegen nur die eigene Mutter des Kindes in Frage. Diese ist durch das Kind nicht gefährdet, weil sie selber syphilitisch ist. Ist die Mutter nicht imstande, zu nähren, so muß die einer anderen Frau entnommene Muttermilch in der Flasche gereicht werden. Ammenbrust kommt nicht in Betracht.

Sehr zu begrüßen ist der Gedanke, dem syphilitischen Neugeborenen auch den Nutzen der geschlossenen Fürsorge zuzuführen. Das erste Heim für diese Kinder hat der schwedische Arzt Welander 1900 in Stockholm eröffnet. Sein Ziel ist, die Kinder möglichst sofort nach der Geburt mit ihren Müttern in die Anstalt aufzunehmen. Auf diese Weise wünschte er die Kinder der Gleichgültigkeit und dem Unverstand der Mütter zu entziehen und die Umgebung vor ihnen zu sichern.

Im Jahre 1928 hat es in Schweden und Norwegen je 3, in Dänemark

Digitized by Google

2 solcher Welanderheime gegeben. Die zur Heilung notwendige Aufenthaltszeit betrug durchschnittlich 4 Jahre.

Auch in Deutschland sind Ansätze zu ähnlichen Anstalten gemacht worden. So in Friedrichshagen bei Berlin, wo eine solche durch private Mittel gegründete Anstalt nach 4jährigem Bestehen 1922 wegen Mangel an Mitteln wieder geschlossen werden mußte. Ferner eine Station für syphilitische Kinder im Städtischen Krankenhaus Rummelsburg.

Anderen Grundsätzen dient das Heim für geschlechtskranke Kinder in Boitzfeld bei Bensberg, Regierungsbezirk Köln, welches seit 1927 besteht und 20—25 evangelische Mädchen vom 4. Lebensjahre ab über die Schulzeit hinweg in ärztliche Obhut, sachgemäße Pflege und Schulunterricht nimmt.

In Wien sind für syphilisverdächtige Säuglinge Beobachtungsabteilungen gegründet worden, in denen die Säuglinge ein halbes Jahr lang bleiben können. Diese Maßnahme ercheint deswegen wichtig, weil schätzungsweise 6% der syphilitischen Mütter nicht erkannt werden.

Die Notwendigkeit enger Verbindung von Mutterschaftsfürsorge mit der Fürsorge für Geschlechtskranke bedarf keiner Begründung. Schon bei der Schwangerenberatung werden auf Lues und Gonorrhöe das Aufmerken zu richten und Verhütungsmaßnahmen in gesundheitlichem Interesse von Mutter, Kind und Umgebung zu treffen sein. Dabei muß die Mitwirkung der Fürsorgestelle für Geschlechtskranke angefordert werden.

Um die soziale Bedeutung der Geschlechtskrankheiten im Rahmen der Mutterschaftsfürsorge zu erfassen, muß ein Eindruck von dem gegenwärtigen Umfang der Geschlechtskrankheiten gewonnen werden. Das gelingt am besten auf Grund folgender Erhebungen:

Die eine ist veranstaltet vom Verband deutscher Städtestatistiker in deutschen Großstädten. Sie betrifft die Zeit vom 20. 11. bis 20. 12. 1913 und erfaßt 37 Städte mit insgesamt 13.3 Millionen Einwohnern. Ermittelt wurden rund 73200 in ärztlicher Behandlung befindliche geschlechtskranke Personen. Davon waren 32972 = 45% syphilitisch. Davon 9426 Primäraffekte = 28.6% der syphilitischen Fälle. Die Erbsyphilis war mit 1601 Fällen = 4.8% an der Gesamtzahl beteiligt. Diese Zahl aber erfaßt bestenfalls die Kinder, welche irgendwelche Symptome in den ersten Lebenstagen oder Lebensmonaten zeigen. Ein erheblicher Teil der Fälle von Erbsyphilis entgeht der Zählung, weil die Kinder ohne Symptome und auch mit negativer Seroreaktion geboren werden, wenn die Mutter in der Schwangerschaft antisyphilitisch behandelt worden ist.

Über das Verhältnis von frischen und alten Syphilisfällen geben eindrucksvollen Aufschluß die Verhältnisse in Frankfurt a. M. Dieses stand 1913 mit der Gesamtzahl der Geschlechtskranken an 8. Stelle der 37 von der obengenannten Städtestatistik erfaßten Großstädte. Es wurden im Jahre 1913 26.7% Primäraffekte und 18% Tabes und Paralyse gezählt. Dieses Verhältnis ist im Zählungsjahr 1926—1927 umgekehrt: auf 8.1% Primäraffekte kommen 22.7% Späterkrankungen.

Digitized by Google

Die Reichserhebung von 1919 ergab, daß auf 1000 Geburten angeborene Syphilisfälle entfielen:

in Berlin	13.4%
„ Hamburg	12.5%
„ München	15.2%
„ Dresden	27.0%
„ Breslau	14.1%
„ Stuttgart	11.9%
„ Frankfurt a. M.	10.9%

In manchen Berliner Entbindungsanstalten wurde festgestellt, daß jedes 25. Neugeborene syphilitisch war.

Schwierig ist bisher immer noch die Ermittellung, wieviel von den rund 3% Totgeburten, welche auf die Gesamtheit der Niederkünfte entfallen, mit der Syphilis im Zusammenhange stehen. In englischen Städten erfolgt bei jeder Meldung einer Totgeburt Ermittlung der Ursache von Amts wegen. Sie hat z. B. in Liverpool ergeben, daß bei $6^1/_2$% aller Totgeburten Syphilis als Ursache in Frage kommt.

Im Vergleich zur Städtezählung 1913 hat die Reichserhebung vom 15. 11. bis 14. 12. 1927, an welcher sich 93,6% der befragten praktischen Ärzte, 95.5% der Fachärzte und 97.5% der Krankenanstalten beteiligt haben, laut Mitteilung der DGBG. folgendes Ergebnis gehabt:

Nach der Zählung kamen für das ganze Reich 370000 Zugänge in Frage, d. h. 8.0 männliche und 3.5 weibliche Geschlechtskranke auf je 1000 Lebende. Es wurden 432 Mehrfacherkrankungen beobachtet. $^3/_4$ aller Fälle betreffen Tripper, von denen $^9/_{10}$ Frühfälle sind. $^4/_5$ der männlichen und $^2/_3$ der weiblichen Zugänge sind Tripperkranke, der Rest entfällt auf die Syphilis. Die Zahl der ermittelten Fälle von Lues congenita betrug rund 7500. Davon standen 2600 im 1. Lebensjahr. Stimmt man Hochsinger zu, daß etwa die Hälfte der infizierten Foeten lebend zur Welt kommt, so ergeben sich rund 5000 kongenitale Infektionen im Jahre, also unter etwa 300 Schwangerschaften eine mit luetischer Frucht.

Diese Zählung darf mit Rücksicht auf die fast 100% Beteiligung der Ärzte und Krankenanstalten einen großen objektiven Wert beanspruchen. Sie zeigt mit aller Deutlichkeit, wie sehr die Gonorrhöe in den Vordergrund der Gesundheitsfürsorge gerückt ist. Gewiß ist der Tripper als Infektion heilbar, beim Manne wie bei der Frau. Aber bei beiden — und bei der Frau noch vielmehr — nur unter großer Einbuße an Arbeitskraft, Gesundheit und Zeugungsfähigkeit.

Angesichts der großen Opfer, welche aus der Gonorrhöe der Mutterschaftsbefähigung der Frau erwachsen, angesichts der großen Schäden, welche sie der Frau im Wochenbett durch in die Beckenorgane aufsteigende Entzündung und dem Kinde bei der Geburt durch Blenorrhöe der Augen und durch Vulvovaginitis der weiblichen Säuglinge, besonders der in Steißlage geborenen, erwachsen, erscheint es dringend notwendig, daß die Mutterschaftsfürsorge bei der Schwangerenberatung und der Wochenbetthygiene ein besonderes Augenmerk der gonorrhoischen Infektion zuwendet.

Digitized by Google

Es ist noch nicht erkennbar, welche Folgen das am 1. 10. 1927 in Kraft getretene Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zeitigen wird.

Nach seinem Erlaß wurden überall Beratungsstellen eingerichtet.

Die Zahl der beratenen Personen betrug 1928: 119818. Davon waren 33968 Männer, 80692 Frauen, 5158 Kinder.

Davon wurden als geschlechtskrank erkannt: 31845, und zwar 14051 mit Syphilis, 17218 mit Tripper, 576 mit weichem Schanker.

Von den 14051 Syphiliskranken waren 5756 Männer, 7190 Frauen und 1105 Kinder.

Von den 17218 Tripperkranken waren 8919 Männer, 7831 Frauen, 468 Kinder.

Von den 576 an weichem Schanker erkrankten waren 465 Männer, 109 Frauen, 2 Kinder.

Dieses Zahlenverhältnis beweist durch seine absolute Größe nichts, es bietet aber ein Bild von der enormen Beteiligung des weiblichen Geschlechts.

Die Beratungsstellen sind die eigentlichen Träger der Bekämpfung der angeborenen Syphilis.

Die vorbeugende Beratung darf nicht erst bei der Eheschließung stattfinden, sondern sie muß jedem an Syphilis Erkrankten zuteil werden, sobald die Diagnose gestellt und die Behandlung begonnen wird. Die Beratung muß sich erstrecken zunächst auf die Gefahr der Ansteckung, welche dem anderen Partner durch die geschlechtliche Verbindung droht. Sie muß geschehen unter Berufung auf die §§ 5 und 6 des Reichsgesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 18. 2. 1927, welche unter Strafe stellen den Fall, daß ein mit ansteckender Geschlechtskrankheit Behafteter eine Ehe eingeht. Die Bestrafung tritt nur dann ein, wenn der geschlechtskranke Eheteil dem anderen die Krankheit verheimlicht, und wenn dieser Strafantrag stellt.

Die Beratung hat sich ferner zu erstrecken auf die Gefahren, welche der Nachkommenschaft aus der Syphilis der Erzeuger drohen.

Die Belehrung ist dem Arzt durch den § 8 des Reichsgesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zur Pflicht gemacht. Ihr wichtigster Punkt ist die Frage, wann die Ansteckungsfähigkeit erloschen und der Geschlechtsverkehr erlaubt ist, und wann die Erzeugung eines Kindes ohne Schaden für dieses geschehen kann.

Große Schwierigkeit bereitet die Frage, wie weit in allen zweifelhaften Fällen der Untersucher in der Methodik der Feststellung der Infektiosität gehen soll. Ob er verpflichtet sein soll, alle Untersuchungsmethoden unter Einschluß der provokatorischen, wie es z. B. von der DGBG. gefordert worden ist, anzuwenden und ob er, falls ihre Anwendung verweigert wird, auch die Ausstellung des Heiratszeugnisses ablehnen müsse. Diese

Digitized by Google

Forderung entspringt der Übertreibung deutscher Gründlichkeit. Man darf sich meines Erachtens ruhig auf die große Erfahrung von Neißer verlassen und mit ihm annehmen, daß in den Fällen, in welchen der Harn dauernd frei von Flocken und Fäden ist, auch die Harnröhre und ihre Adnexe frei sind von Gonokokken. In zweifelhaften Fällen muß der Eheberater sich damit begnügen, das Verantwortungsgefühl des Ehebewerbes wachzurufen und ihn zu eingehenderer Untersuchung anzuregen. In der Frage der Syphilis wird man es gleichfalls mit dem Standpunkte von Neißer halten und denjenigen als geheilt betrachten dürfen, welcher nach genügender Behandlung und Freisein von Erscheinungen im Laufe von 1—$1^1/_2$ Jahren mehrfach negative Blutreaktion gehabt hat.

Die Mutterschaftsfürsorge wird in der Beratung meist zu spät kommen. Sie wird, wie im vorhergehenden dargestellt ist, im wesentlichen auf die rechtzeitige Erfassung aller syphilitischen Schwangeren angewiesen sein. Bei der Eheschließung wird sie in vorbeugendem Sinne wirken können. Eine Möglichkeit der rechtzeitigen Aufklärung aber hat sie in demjenigen Teil der prägraviden Fürsorge, welcher das Pubertätsalter betreut.

Segen zu stiften vermag sie in enger Verbindung mit der Fürsorge für Geschlechtskranke.

C. Die Unehelichkeit

Eine der bedeutungsvollsten Bedingungen der Umwelt ist die Unehelichkeit der schwangeren Frau, der Mutter und ihres Kindes. Freilich, so kraß und vernichtend ist die Lage der unehelichen Mutter heute längst nicht mehr wie vor 3 Jahrzehnten. Die Unterschiede zwischen unehelicher und ehelicher Mutter- und Kindschaft haben sich wesentlich verringert. Das liegt einmal an der verständnisvolleren und vorurteilsfreieren Einstellung weiter Volkskreise zu dem Problem der Unehelichkeit, welcher auch Gesetzgebung und Rechtsprechung Rechnung getragen haben. Es liegt aber ferner begründet in der Tatsache, daß die wirtschaftliche Lage der unehelichen und der ehelichen Mütter sich erheblich genähert haben. Gleichwohl sind die uneheliche Schwangere, die uneheliche Mutter und ihr Kind noch immer so weit im Nachteil, daß sie einer besonderen Befürsorgung bedürfen. Denn noch immer ist der Schutz, welchen die legitime Familie bietet, durch keine von außen kommende Hilfe zu ersetzen.

Als unehelich gelten:

a) Die von ledigen Müttern geborenen Kinder,

b) die von verheiratet gewesenen Müttern geborenen Kinder, wenn die Ehe bei der Geburt des Kindes schon länger als 302 Tage durch den

Digitized by Google

Tod des Ehemannes oder durch Ehescheidung aufgelöst ist (bei geschiedenen Ehen rechnet diese Frist von dem Tage der Rechtskraft ab, der auf der Ausfertigung des Urteils stets vermerkt ist);

c) die infolge Anfechtung der Ehelichkeit seitens des Ehemanns durch gerichtliches Urteil für unehelich erklärten Kinder;

d) die Kinder aus nichtigen Ehen unter bestimmten Voraussetzungen.

Der Anteil der Unehelichen auf 100 Geborene ist seit Jahrzehnten in Deutschland nahezu gleichgeblieben. Er beträgt:

1851—1860	11.5%
1861—1870	11.5%
1871—1880	8.9%
1881—1890	9.3%
1891—1900	9.1%
1901—1910	8.6%
1911—1920	10.7%
1921—1928	11.4%

Die höchste Zahl erreicht das Jahr 1927 mit 12,6%. Es wird nur vom Jahre 1918, dessen Kriegsbedingungen keinen Maßstab bieten, mit 13.1% übertroffen.

Dem menschenfreundlichen Bestreben, der unehelichen Mutter und ihrem Kinde zu helfen, verdankt denn auch der Mutterschutz seine geschichtlichen Ursprünge. Diese Bewegung, an deren Spitze von jeher der Deutsche Bund für Mutterschutz steht, hat unwägbare Verdienste. Sein größtes ist die Anerkennung durch die Deutsche Reichsverfassung.

Artikel 121 der deutschen Reichsverfassung lautet: „den unehelichen Kindern sind durch die Gesetzgebung die gleichen Bedingungen für ihre leibliche, seelische und gesellschaftliche Entwicklung zu schaffen wie den ehelichen." Dieses Ziel aber liegt noch in großer Ferne. Andere Länder sind uns darin weit voraus. So besteht in Norwegen schon seit 1915 rechtliche Gleichstellung der unehelichen und ehelichen Kinder. Sogar mit Bezug auf das Erbrecht an den unehelichen Vater.

Das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz vom 9. Juli 1922 sagt in seinem § 1, daß jedes deutsche Kind ein Recht auf Erziehung zur leiblichen, seelischen und gesellschaftlichen Tüchtigkeit hat, und daß, wenn dieser Anspruch des Kindes von der Familie nicht gewährt wird, öffentliche Fürsorge eintritt.

Trotzdem ist in Deutschland die Unehelichkeit vorerst mit außerordentlichen wirtschaftlichen Notständen verbunden, welche die Lebensaussichten der unehelichen Säuglinge unheilvoll beeinflussen.

Von je 100 Lebendgeborenen starben im ersten Lebensjahre in Deutschland:

Digitized by Google

Jahre	Knaben		Mädchen	
	ehelich	unehelich	ehelich	unehelich
1910	16.6	27.6	13.8	23.6
1911	19.6	32.0	16.7	27.7
1912	15.1	25.1	12.5	21.3
1913	15.4	25.7	12.8	21.7
1914	16.4	27.2	14.0	23.2
1915	15.1	23.6	12.7	20.5
1916	14.2	23.1	11.9	20.3
1917	17.7	26.9	12.4	23.1
1918	15.7	13.0	13.0	23.3
1919	14.2	28.1	11.7	23.8
1920	13.1	24.8	10.6	21.1
1921	13.4	25.5	10.9	21.3
1922	12.9	25.6	10.4	21.5
1923	13.1	25.5	10.7	21.7
1924	10.9	20.6	8.8	17.7
1925	10.6	18.7	8.5	15.8
1926	10.3	17.2	8.3	14.2
1927	9.9	16.2	8.0	13.2
1928	9.2	14.8	7.3	12.4

Die Lebensaussichten der unehelichen Säuglinge haben sich zwar in gleicher Weise gebessert wie die der ehelichen, sind aber immer noch weit schlechter als diese.

Von 1000 ehelich bzw. unehelich Geborenen starben in Berlin während des 1. Lebensjahres im Jahre 1900[1]:

	Durchfall	Atrophie	Lebensschwäche	Krämpfe	Lungenerkrankungen
Eheliche	80.0	5.2	37.2	12.5	19.5
Uneheliche	181.3	14.9	142.5	19.1	31.2

Besonders auffallend ist die Mehrsterblichkeit an Lebensschwäche.

In welchem Maße die Mehrsterblichkeit der Unehelichen durch Lues allein bedingt ist, zeigt folgende Zusammenstellung.

Von 1000 Lebendgeborenen starben während des Säuglingsalters an Lues in Alt-Berlin:

	1913	1922	1923	1924	1925
Eheliche	2.1	4.0	3.7	3.6	3.2
Uneheliche	5.7	20.0	19.0	14.3	10.9

Abgesehen von Frühgeburt und Lues ist die Mehrsterblichkeit der Unehelichen als Folge der schlechten Umwelt- und Ernährungsbedingungen zu betrachten.

Am eindrucksvollsten gibt eine Zusammenstellung[2] aus England den ungünstigen Einfluß der Lebensbedingungen auf die Säuglingssterblichkeit der

[1] Nach Tugendreich: Mutter- und Säuglingsfürsorge.

[2] Freudenberg: Kliwo 1926, S. 918.

Digitized by Google

Unehelichen wieder, berechnet für das Jahr 1923, wobei die Sterblichkeit der ehelichen Säuglinge gleich 100 gesetzt ist:

Angeborene Mißbildungen	106
Keuchhusten	124
Pneumonie	133
Bronchitis	134
Tuberkulose	144
Geburtstraumen	168
Vorzeitige Geburt	173
Masern	176
Alle Todesursachen	183
Magenkatarrh	210
Darmkatarrh, Durchfall	244
Erstickung	287
Lues	633

Für den Geburtshelfer besonders bemerkenswert, weil seinen Hilfsmaßnahmen zugänglich, ist die Mehrsterblichkeit der unehelichen Säuglinge an Geburtstraumen, an vorzeitiger Geburt, an Asphyxie und Lues.

Die Meinung von früher, daß die Fürsorge für die unehelichen Kinder am untauglichen Objekt einsetze, weil sie einen sehr großen Anteil von Individuen mit minderwertigen Erbanlagen stellen, muß heute dahin geändert werden, daß die größere Minderwertigkeit der unehelichen Kinder nicht angeboren, sondern als Folge der Verwahrlosung durch äußere Lebensumstände zu betrachten ist.

Gestützt auf eine recht große Erfahrung an unehelichen Müttern und Kindern pflichte ich den Feststellungen von Reiter und Vorster[1] nicht bei.

Ersterer hat behauptet, „daß es berechtigt erscheint, im allgemeinen von einer angeborenen körperlichen Minderwertigkeit der unehelichen Kinder zu sprechen, wobei er nicht ausschließt, daß auch unter diesen Kindern vollwertige Individuen vorhanden sind." Um der Klärung dieser Minderwertigkeit näher zu kommen, hat Vorster versucht, den Müttern unehelicher Kinder nachzugehen.

Das Material ist gering; es sind nur 224 Fälle; darunter:

57 Dienstmädchen in Privathäusern	24.6%
55 Fabrikarbeiterinnen	23.7%
44 Arbeiterinnen in der Landwirtschaft	18.5%
41 Dienstboten im Restaurant	17.6%
9 Haustöchter	3.9%
7 Kontoristinnen	3.0%
6 Verkäuferinnen	2.5%
4 Handwerkerinnen	1.7%

[1] Vorster: Über die Wertigkeit unehelicher Mütter. Archiv für soziale Hygiene und Demographie, Bd. 1, Heft 5, 1926.

Digitized by Google

Die betreffenden Väter sind:

79 Fabrikarbeiter	33.8%
39 Handwerker	16.6%
30 Arbeiter in der Landwirtschaft	12.8%
26 Soldaten	11.1%
25 Kaufleute und Angestellte	10.6%
23 Väter unbekannt	10.0%
12 Hausierer, Kellner usw.	5.9%

Das Durchschnittsalter beträgt 21 Jahre, das Durchschnittsalter der ersten Menstruation 16 Jahre. Als durchschnittliches Alter der ersten Kohabitation ergab sich ein Alter von 19 Jahren.

Zur Zeit der Kohabitation waren im ganzen 38 = 16% Frauen betrunken. Auf die Berufe verteilt waren betrunken:

von 41 Dienstmädchen im Restaurant	17 = 34.2%
„ 57 Dienstmädchen im Privathaus	8 = 14.0%
„ 44 Arbeiterinnen in der Landwirtschaft	7 = 15.9%
„ 55 Fabrikarbeiterinnen	12 = 6.0%

Von 234 Frauen waren 169 erstgebärende und 65 vielfach gebärende. Davon wieder 54 zweitgebärende, 7 drittgebärende, 2 viertgebärende, 1 fünftgebärende, 1 neuntgebärende. Von diesen 65 vielfach gebärenden sind bei 45 die folgenden Kinder nicht vom gleichen Vater, beim Rest waren die Angaben ungewiß. Von diesen 65 vielfach gebärenden waren 8 (= 13%) zur Zeit der Kohabitation betrunken.

Bei der Frage der Wertigkeit hat sich der Verfasser die Aufgabe gestellt, festzustellen, ob die Mutter vollwertig gesund war bzw. ob die von Reiter gefundene Minderwertigkeit der Mutter durch Unehelichkeit bedingt ist. Von 234 Müttern sind 13 (= 5%) selbst unehelich geboren. Mit körperlichen Leiden wurden nur 30 Fälle gefunden, darunter 12 Fälle mit Krämpfen, hierbei war eine Differenzierung in hysterische und epileptische Fälle nicht möglich, 12 Fälle mit Neurosen, 5 Fälle mit starken melancholischen Erscheinungen und 1 Fall mit multipler Sklerose. In weiteren 20 Fällen war irgendein Glied der Familie krank. In 10 Fällen war der Vater starker Alkoholiker oder Verbrecher, in 8 Fällen litt die Mutter an Anfällen und in 2 irgendeines der Geschwister an Krämpfen. Im ganzen sind demnach 50 uneheliche Kinder (21%) von seiten ihrer nächsten Abstammung belastet. Vorster kommt auf 88 Kinder gleich 38%, bei denen eine Minderwertigkeit von seiten der Eltern oder der Familie vorliegt. Also die von Reiter festgestellte Minderwertigkeit der unehelichen Kinder ist zum Teil durch die Minderwertigkeit der Mutter, zum Teil aber durch die besonderen Umstände bei der Befruchtung zu erklären.

Nach meinen Erfahrungen und denen vieler anderen Autoren ist die Unehelichkeit eine soziologische Erscheinung, die in erster Linie den Milieuwirkungen, in zweiter den Volkssitten und Gebräuchen (Oberbayern, Württemberg) entspringt.

Digitized by Google

Die konstitutionellen Mängel der unehelichen Kinder werden meist schnell überwunden, wenn die Kinder lange genug bei der Mutter bleiben und an der Brust genährt werden.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß die Ernährung an der Mutterbrust entscheidend ist für das Schicksal des Säuglings, des unehelichen, wie des ehelichen. Das ist seit den grundlegenden Untersuchungen von Boekh, Neumann und Tugendreich am Berliner Material eine ausgemachte und durch experimentelle und klinische Erfahrung bestätigte Tatsache.

Diese Autoren weisen nach, daß die natürliche Nahrung durch die Mutterbrust den Säugling nahezu unabhängig von seiner Umgebung und widerstandsfähig gegen soziale Schäden macht, denen der künstlich ernährte Säugling leicht erliegt.

Nach Boekh starben in Berlin vor Erreichung des nächsten Lebensmonats von 1000 Säuglingen:

Lebensmonat	an der Mutterbrust genährt			Mit Tiermilch genährt		
	1885/86	1895/96	1906	1885/86	1895/96	1906
im 1.	22.4	19.6	22.4	142.0	111.9	58.1
„ 2.	9.0	7.3	7.9	87.7	58.7	36.3
„ 3.	6.8	4.3	4.3	72.2	48.7	27.3
„ 4.	6.4	3.6	2.4	61.8	46.6	22.1
„ 5.	5.3	2.6	1.7	57.1	37.0	18.5
„ 6.	4.9	2.5	2.2	50.7	31.0	16.1
„ 7.	4.7	2.5	1.4	46.5	27.7	14.1
„ 8.	4.5	2.3	1.8	40.8	24.1	12.1
„ 9.	5.3	2.0	2.1	33.3	21.3	10.2
„ 10.	5.4	3.8	1.5	29.5	19.1	9.2
„ 11.	6.3	3.1	1.3	24.9	16.7	8.0
„ 12.	—	3.6	1.5	—	14.6	8.6
in sämtlichen Monaten durchschnittlich	8.4	6.0	6.3	54.1	35.8	23.6

Die durchschnittliche Sterblichkeit der Brustkinder beträgt 4—7%, was an Sterblichkeit darüber hinaus geht, kommt auf das Konto der künstlich ernährten Säuglinge.

Die Mutterschaftsfürsorge wird also in erster Linie danach trachten müssen, das uneheliche Kind solange wie möglich bei der Mutter zu lassen.

Daneben hat sich die Fürsorge auch auf die Rechtsverhältnisse der unehelichen Mutter und des unehelichen Kindes zu erstrecken.

Maßgeblich hierfür ist das Reichsgesetz für Jugendwohlfahrt, dessen § 35 lautet: Mit der Geburt eines unehelichen Kindes erlangt das Jugendamt des Geburtsortes die Vormundschaft.

Diese Gesetzesbestimmung ist für das Schicksal des unehelichen Kindes von außerordentlicher Bedeutung.

Wichtig ist ferner auch der § 36 desselben Gesetzes, welcher bestimmt,

Digitized by Google

daß die Geburtsanzeige, welche der Standesbeamte dem Vormundschaftsgericht zu erstatten hat, über das Jugendamt einzureichen ist. Dadurch bekommt das Jugendamt das Schicksal jedes unehelichen Kindes in die Hand.

Darüber hinaus aber scheint es mir von Wichtigkeit zu sein, daß schon vor der Geburt des Kindes die Tatsache der unehelichen Schwangerschaft durch die Fürsorge dem Jugendamt bekannt gemacht wird, damit die Fürsorge sich der unehelichen Mutter schon während der Schwangerschaft widmen kann.

Durch das Jugendwohlfahrtsgesetz ist also die Mutterschaftsfürsorge mit dem Jugendamt in enge Arbeitsverbindung getreten. Unterbringung, rechtlicher Schutz, Arbeitsschutz, Schwangeren- und Wochenhilfe wird die Aufgabe der Fürsorgeeinrichtungen gegenüber der unehelichen Mutter und ihrem Kinde vor und nach der Niederkunft sein.

Die Verbindung mit dem Pflegekinderwesen wird an dieser Stelle fühlbar.

§ 38 des Jugendwohlfahrtsgesetzes gestattet ferner auf Antrag des Jugendamtes oder der unehelichen Mutter schon während der Schwangerschaft die Bestellung eines Pflegers für die Leibesfrucht. Mit der Geburt des Kindes wird der Pfleger im Einverständnis mit dem Jugendamt unter Ausschaltung des § 35 zum Vormund. Die Vormundschaft wird bei demjenigen Vormundschaftsgericht geführt, bei welchem die Pflegschaft bestellt ist.

Außer dem Jugendwohlfahrtsgesetz stehen den Jugendämtern die Rechtsbestimmungen des BGB. als Handhaben zur Verfügung.

§ 1715 BGB. lautet:

Der Vater ist verpflichtet, der Mutter die Kosten der Entbindung sowie die Kosten des Unterhaltes für die ersten 6 Wochen nach der Entbindung und, falls infolge der Schwangerschaft oder der Entbindung weitere Aufwendungen notwendig waren, auch die dadurch entstehenden Kosten zu ersetzen. Den Betrag der zu ersetzenden Kosten kann die Mutter ohne Rücksicht auf den wirklichen Aufwand verlangen. Der Anspruch steht der Mutter auch dann zu, wenn der Vater vor der Geburt des Kindes gestorben oder wenn das Kind totgeboren ist. Der Anspruch verjährt in 4 Jahren; die Verjährung beginnt mit dem Ablauf von sechs Wochen nach der Geburt.

§ 1716: Schon vor der Geburt des Kindes kann auf Antrag der Mutter durch einstweilige Verfügung angeordnet werden, daß der Vater den für die ersten drei Monate dem Kinde zu gewährenden Unterhalt alsbald nach der Geburt an die Mutter oder den Vormund zu zahlen und den erforderlichen Betrag angemessene Zeit vor der Geburt zu hinterlegen hat. In gleicher Weise kann auf Antrag der Mutter die Zahlung des gewöhnlichen Betrages der nach § 1715, Abs. 1 zu ersetzenden Kosten an die Mutter und die Hinterlegung des erforderlichen Betrages angeordnet werden. Zur Erlassung der einstweiligen Verfügung ist nicht erforderlich, daß eine Gefährdung des Anspruches glaubhaft gemacht wird.

Mit allen diesen Bestimmungen müssen der die Mutterschaftsfürsorge ausführende Arzt und seine Hilfspersonen durchaus vertraut sein. Ebenso

Digitized by Google

mit den Einrichtungen der geschlossenen Fürsorge. Diese treten erst dann in Tätigkeit, wenn das höchste Ziel der Mutterschaftsfürsorge unerreichbar ist, Mutter und Kind im eigenen Heim bezw. in der Familie beieinander zu lassen.

Eines der ersten Heime der geschlossenen Fürsorge in Berlin wurde von dem Verein „Unterkunft für hilfsbedürftige Wöchnerinnen und ihre Säuglinge" im September 1899 unter Führung des großen Kinderarztes und Menschenfreundes Hugo Neumann eröffnet. Es galt in erster Linie der unehelichen Mutter und ihrem Kinde. Seit jener Zeit ist diese Anstalt ununterbrochen voll belegt gewesen. Ihr bleibendes Verdienst ist, daß sie als eines der ersten Mütterheime den Gedanken der Fürsorge für Mutter und Kind verwirklicht hat.

Der Caritasverband in Spandau unterhält in Briselang bei Spandau ein Heim für Mutter und Kind. Es dient dazu, hauptsächlich unehelichen Müttern mit ihren Kindern bei Entlassung aus der Entbindungsanstalt eine Unterkunft zu bieten, wo es ihnen möglich ist, so lange zu bleiben, bis das Kind abgestillt werden kann. Das Kind kann in dem herrlich gelegenen Heim verbleiben, bis eine geeignete Unterkunft gefunden ist. Es werden auch Kinder ohne Mütter aufgenommen, auch für kurze Zeit, z. B. während der Reise der Eltern. Der Pflegesatz regelt sich nach den Zahlungsmöglichkeiten. Das Heim wird von geprüften Kräften geleitet und steht unter ständiger ärztlicher Aufsicht.

Eines der bekanntesten Heime ist das in Langhorne in Pennsylvanien, The Veil, von dem Calverton berichtet, daß es in 20jähriger Tätigkeit 4000 uneheliche Schwangere entbunden habe. Diese Anstalt bietet den Müttern und ihren Kindern ein wirkliches Heim und adoptiert die Kinder, wenn die Mütter es wünschen.

Als eine Einrichtung für Hilfe in der Not verdienen schließlich noch die Findelhäuser Erwähnung. Es sind Kinderheime, welche schon in frühester Zeit in romanischen Ländern von geistlichen Orden eingerichtet wurden. Am Anfang des 13. Jahrhunderts hat Innocenz III. das Hospital für verlassene Kinder gegründet, in welchem die „Drehlade" den Müttern ermöglichte, ihr Kind abzugeben, ohne daß sie gesehen und befragt wurden.

Neuerdings ist in Deutschland die Bewegung durch die „Gesellschaft für Findelhäuser" wieder aufgenommen worden[1]. Die Werbung aber ist in den letzten Jahren wieder verstummt.

Dem Drehladesystem steht das in Österreich übliche josephinische gegen-

[1] Nassauer: Der Kindermord und seine Bekämpfung durch Findelhäuser. Arch. Frauenkde. u. Konstit.forschg. Bd. IV, 1919.

Digitized by Google

über, welches die offene Übergabe der Kinder durch die Mütter unter Angabe der persönlichen Verhältnisse verlangt.

Verfasser hat nach dem Kriege in zwei Denkschriften an die Preußische Regierung[1] die Anregung gegeben, Aufnahmehäuser zu gründen „für alle Schwangeren, welche sie suchen, für alle Neugeborenen, welche ihnen gebracht werden."

Neben der geschlossenen und halbgeschlossenen Fürsorge spielt die offene in Form der Zieh- und Haltekinder, welche bei Pflegemüttern untergebracht sind, eine wesentliche Rolle. Diese Haltefrauen wurden früher, als das Ziehkinderwesen noch nicht organisiert war, „Engelmacherinnen" genannt, weil die Kinder meist zu Tode kamen. Jetzt ist die polizeiliche Erlaubnis zur Aufnahme von Pflegekindern nötig. Beaufsichtigung durch Jugendamt und Säuglingsfürsorge und Eintragung in Mündelkarten, welche über Entwicklung des Kindes Auskunft geben, schaffen eine gewisse Gewähr für sachgemäße Pflege und Schutz gegen geschäftsmäßige Nutzung.

§ 98 seiner Dienstanweisung legt dem Kreisarzt die Pflicht auf, das Haltekinderwesen seines Kreises in gesundheitlicher Hinsicht zu überwachen und sich hierfür der Aufsichtsdamen auf Grund ihrer Dienstanweisung vom 1. 9. 1909 zu bedienen. Während des Krieges nahmen sich das Jugend- und Waisenamt, die Kreisfürsorgerin, die Gemeindeschwester und Waisenpflegerin und ehrenamtliche Kräfte der Aufsicht der Pflegekinder an. Bis schließlich durch das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz vom 1. 4. 1924 die Gesamtaufsicht auf die Jugendämter überging. Berufs- und Generalvormundschaft wurden durch die amtliche Vormundschaft abgelöst. Der dadurch außer Kraft gesetzte § 98 der kreisärztlichen Dienstanweisung wurde durch den Erlaß vom 2. 8. 1924 von neuem belebt, welcher ein enges Zusammenwirken von Kreisärzten und Jugendämtern vorsieht.

Dieses Zusammenwirken erhält dadurch eine gesetzliche Grundlage, daß der Kreisarzt durch § 5 des preußischen Ausführungsgesetzes zum Reichsjugendwohlfahrtsgesetz zum beratenden Mitglied des Jugendamtes eingesetzt ist.

Immer noch der gesetzlichen Regelung harrt das Lohnammenwesen, wenn es auch durch die Anerkennung der Pflicht des Selbststillens seine sozialhygienische Bedeutung verloren hat. Es sind seitens der deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz Versuche gemacht worden, das Lohnammenwesen dadurch der Gefahr, welche die gewerbsmäßige Vermittlung für das eigene Kind der Amme mitbringt, zu entkleiden, daß der Grund-

[1] Max Hirsch: Staatskinder: ein Vorschlag zur Bevölkerungspolitik im neuen Deutschland. Archiv Frauenkunde 1919, Bd. 4. — Ders.: Versuch eines Programms der Geburtenpolitik im neuen Deutschland. Archiv Frauenkunde 1920, Bd. 5.

Digitized by Google

satz der Gewerbefreiheit beseitigt und den Landesregierungen die Befugnis gegeben wird, das Recht der Ammenvermittlung Anstalten zu übertragen, welche eine gleichmäßige Vertretung der Interessen des Kindes, der Amme und der Dienstherrschaft gewährleistet. Zu einer gesetzlichen Regelung aber hat dieser Versuch bisher nicht geführt.

Das einzige, was auf diesem Gebiete geschah, ist der Erlaß vom 17. 8. 1912, welcher die Leiter der Hebammenlehranstalten verpflichtet, bei zum Ammendienst sich meldenden Wöchnerinnen die serologische Untersuchung auf Syphilis vorzunehmen. Diese Pflicht ist durch das Gesetz für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten verschärft und auf alle bei der Ammenwahl beschäftigten Ärzte ausgedehnt.

In Frankreich hatten schon vor dem Kriege die Loi Russel nur solchen Frauen gestattet, sich als Amme zu verdingen, welche ihr eigenes Kind mindestens drei Monate lang gestillt haben. Ein norwegisches Gesetz von 1915 geht noch weiter im Schutz des Kindes. Darnach ist nur demjenigen Hausvorstand die Annahme einer Amme gestattet, welcher auch das Kind der Amme in sein Haus aufnehmen und für es sorgen will. Und umgekehrt darf eine Frau sich nur dann als Amme verdingen, wenn sie ihr eigenes Kind als Milchbruder des Herrschaftskindes mitnehmen will. Ein ähnlicher Gesetzesvorschlag ist vor Jahren in Ungarn gemacht worden. Was aus ihm geworden ist, weiß ich nicht.

Fürsorgerisch wichtig ist die Stellung des unehelichen Kindes im Rahmen der Reichsversicherungsordnung. Etwa 90% der Krankenkassen gewähren Familienhilfe an die Angehörigen der Versicherten, worunter Ehegatten, eheliche Kinder, Stief- und Adoptivkinder usw. verstanden werden. Das uneheliche Kind hat Anspruch auf Familienhilfe, wenn die Mutter des Kindes Mitglied einer Krankenkasse ist, und diese Familienhilfe vorsieht. Dagegen hat das uneheliche Kind keinen Anspruch auf Grund der Zugehörigkeit seines Vaters zu einer Krankenkasse, da es nach dem BGB. mit ihm nicht verwandt ist. Es hat auch dann keinen Anspruch, wenn es vom Vater unterstützt oder ernährt wird.

Ebenso war die Rechtslage bis vor kurzem gegenüber dem Anspruch auf Hausgeld, welches in der Höhe des halben Krankengeldes gezahlt wurde für die Zeit, welche die versicherte uneheliche Mutter in einem Krankenhause zubringen mußte. Aus dem Krankenhausaufenthalt des unehelichen Vaters erwuchs ein solcher Anspruch nicht, auch wenn er infolge seines Verdienstausfalles die Alimentierung einstellen mußte. Diese dem bürgerlichen Recht angepaßte Ungerechtigkeit hat das Reichsversicherungsamt beseitigt, mit der Begründung, daß die neuere Rechtsentwicklung eine andere Auslegung des in der RVO. nicht fest umschriebenen Begriffes „Angehörige“ und besonders seine Ausdehnung auf das uneheliche Kind des

Digitized by Google

versicherten Mannes rechtfertige. Damit ist das Reichsversicherungsamt der Reichsverfassung gefolgt, welche dem unehelichen Kinde die gleichen Bedingungen für leibliche, seelische und gesellschaftliche Entwicklung verheißt.

Auf dem Gebiete der Unfallversicherung ist die Rentenzahlung an uneheliche Kinder schon früher im Sinne der Reichsverfassung geregelt worden. Auf diesem Versicherungsgebiete gelten als Kinder auch die unehelichen Kinder eines männlichen Versicherten, wenn seine Vaterschaft festgestellt ist. Verunglückt ein Versicherter und ist er wegen der erlittenen Verletzung zu 50% erwerbsbeschränkt, so erhält er eine Kinderzulage, wenn er Vater eines unehelichen Kindes ist.

Für das Gebiet der Invalidenversicherung ist der Schutz des unehelichen Kindes ebenfalls im Gesetz vorgesehen. Nach dem Tode eines Versicherten erhalten die unehelichen Kinder eines männlichen Versicherten, wenn seine Vaterschaft festgestellt ist, Waisenrente bis zum vollendeten 15. Lebensjahre. Erhält das Kind nach Vollendung des 15. Lebensjahres Schul- und Berufsausbildung, so wird die Rente für deren Dauer gewährt, jedoch nicht über das vollendete 21. Lebensjahr hinaus. Ist das Kind bei Vollendung des 15. Lebensjahres infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande, sich selbst zu erhalten, so wird die Rente gewährt, so lange der Zustand dauert. Die letztere Regelung gilt auch für das Gebiet der Unfallversicherung.

Die Reichsversicherungsordnung sieht also entweder durch das Gesetz selbst oder durch Urteil des Reichsversicherungsamtes den Schutz des unehelichen Kindes in befriedigendem Maße vor.

Besondere Aufmerksamkeit im Rahmen der Mutterschaftsfürsorge erheischt das Problem der Arbeitslosigkeit; welche als gesundheitsschädigender Notstand zu gelten hat.

Die arbeitslosen oder erwerbsverminderten Schwangeren werden je nach ihrer körperlichen Wertigkeit den zuständigen Fürsorgestellen zwecks Arbeitsvermittlung oder zwecks Stärkung der Arbeitsfähigkeit oder Einleitung eines Heilverfahrens oder zwecks Invalidisierung oder endlich zwecks Einweisung in bestimmte Berufszweige durch Berufsberatung zugewiesen werden müssen.

Die Schwangeren sollten in allen diesen Fürsorgezweigen mit Rücksicht auf die Besonderheit ihrer körperlichen, seelischen und wirtschaftlichen Lebenslagen besondere Bevorzugung und Förderung beanspruchen dürfen. Arbeitslosigkeit und Erwerbsbeschränkung bedeuten für die Frau im Zustande der Schwangerschaft und des Spätwochenbettes und für die uneheliche Mutter eine erheblich größere körperliche und seelische Belastung als für alle anderen Personen. Daß die Mutterschaft ihnen nicht zur Last

Digitized by Google

werde, darauf hat die öffentliche Fürsorge zu halten. Es muß ihr Ziel sein, den Unwillen gegen das Kind nicht aufkommen zu lassen. So wird sie dazu beitragen, den Willen zum Kinde zu stärken.

Zum Schluß sei des Gesetzentwurfes vom 11. 1. 1929 über das Unehelichenrecht gedacht, welcher dem Reichstag vorliegt.

Dieser scheidet zwischen dem Vater des unehelichen Kindes und den Konkumbenten der Mutter, die möglicherweise als Väter in Betracht kommen. Während die letzteren nur unterhaltspflichtig sind und in keinerlei Verwandtschaftsverhältnis zum unehelichen Kinde stehen, besteht zwischen dem Vater und dem Kinde ein familienrechtliches Verhältnis, das unter besonderen Umständen bis zur Verleihung der vollen elterlichen Gewalt führen kann.

Als Vater des Kindes gilt, wer die Vaterschaft anerkannt oder rechtskräftig als Vater festgestellt ist.

Feststellung der Vaterschaft erfolgt nicht, wenn noch ein anderer für das Kind gemäß § 1717, Abs. 1 des Entwurfes unterhaltpflichtig ist, also beim Mehrverkehr. In diesem Betracht wird also die Einrede der exceptio plurium zugelassen. Nicht aber gegen die Zahlungspflicht.

Alle früher gegen diese Bestimmungen gemachten Einwände sind hinfällig, nachdem auf Grund des Reichsgesetzes für Jugendwohlfahrt vom 9. Juli 1922 die Alimentenklage nicht mehr von der Mutter, sondern vom Amtsvormund des unehelichen Kindes erhoben wird.

Über weitere Neuerungen, welche der Entwurf bringt, insbesondere die Unterhaltspflicht der Eltern des Vaters, muß auf den Entwurf selbst verwiesen werden.

D. Die Wohnungsnot

Die Wohnungsnot ist ein Zustand, welcher der Mutterschaftsfürsorge in allen ihren Zweigen im Wege steht. Planmäßige Wohnungsaufsicht, welche nicht nur die Erfassung und Verteilung der Wohnungen betrifft, sondern der Gesundheit dient, ist bitter notwendig, scheitert aber zur Zeit an der vorhandenen Wohnungsnot, welche viele Menschen, wie in den Medizinalberichten immer wieder betont wird, dazu zwingt, in unzureichenden und ungesunden Wohnungen zusammenzuhausen, mangelhaften Dach- und Kellerräumen, baufälligen und feuchten Holzbaracken, Bretterhäuschen in Schrebergärten, Viehställen und alten Eisenbahnwagen. Die geburtshilflichen Polikliniken der Großstädte wissen von ihrer Tätigkeit in solcher Umgebung zu berichten.

Hieran kann die Mutterschaftsfürsorge nichts ändern. Sie kann aber durch den Außendienst ihrer Hilfsorgane dafür Sorge tragen, daß in diesen

Digitized by Google

Quartieren wohnende schwangere Frauen in ihnen nicht niederkommen, sondern schon im letzten Monat der Schwangerschaft der geschlossenen Fürsorge zugeführt werden.

Es ist damit zu rechnen, daß bei gleichbleibender Neubautätigkeit vor dem Jahre 1936 eine wesentliche Entlastung nicht stattfinden wird.

Man hat geglaubt, der Wohnungsnot durch Bau von Kleinstwohnungen mit einer Bodenfläche von 40 qm schneller Herr zu werden. Vom Standpunkt der Mutterschaftsfürsorge muß gegen dieses Vorgehen das stärkste Bedenken geäußert werden. Es ist nicht nur geeignet, den Willen zum Kinde noch mehr zu schwächen, sondern auch der werdenden Mutter und den schon vorhandenen Kindern den notwendigen Luft- und Bewegungsraum zu beschränken.

Wohnungsnot im hygienischen Sinne besteht nicht erst seit Kriegsende, sondern schon viel länger. Sie beginnt in den 70er Jahren, in denen die Abwanderung vom Lande und das Zusammenströmen der Arbeitermassen in die Großstädte einsetzte, begünstigt von der starken Zunahme der Bevölkerung, der Bodenspekulation und anderen Dingen. Das Kennzeichen dieser Wohnungsnot ist die hohe Besiedlungsdichtigkeit, die hohe Behausungsziffer, hohe Wohndichtigkeit, geringer Anteil der Frei- und Grünflächen an der Siedlungsfläche.

Bereits im Jahre 1905 kannte man Zweizimmerwohnungen, die von 11 und mehr Menschen bewohnt wurden: in Berlin 24440, in Hamburg 6662, in Breslau 6876 usw.

Es wurden schon damals 31420 Wohnungen gezählt, welche nur aus einem, noch dazu nicht heizbaren Raum bestanden und von denen 2000 je 5—11 Menschen beherbergten.

Im Jahre 1918 war es freilich noch schlimmer. Da gab es Wohnungen, die nur aus einem Raum bestanden:
in Hamburg 28% in Berlin 49% in Breslau 62% in Chemnitz 70%.
In 15065 Wohnungen mit einem Raum schliefen außer der engeren Familie noch Schlafburschen und Schlafmädchen. Abgesehen von den großen sittlichen Gefahren, deren Auswirkung nicht ausgeblieben ist, droht aus diesen Zuständen naturgemäß der weiblichen Fortpflanzungsleistung ein außerordentlicher Abbruch. Von einer Gewähr für günstigen Ablauf einer Hausgeburt unter solchen Verhältnissen kann natürlich gar keine Rede sein.

Diese Mißstände werden noch aufdringlicher, wenn man hört, daß in Familien, welche aus 8 Personen bestehen, nur 30% der Menschen ein eigenes Bett haben. In einem Berliner Schulbezirk schliefen nur 33% der Schüler in einem Bett allein, 63.5% schliefen zu zweien, die übrigen zu mehreren, wobei unter den Begriff „Bett" auch Sofas, Bettladen, Schubladen und ähnliche Behälter eingereiht wurden.

Digitized by Google

Besonders gefährlich unter dem Gesichtspunkt der Mutterschaftsfürsorge sind die Keller- und Dachgeschoßwohnungen. Im Jahre 1925 lagen 1.9% der Wohnungen im Keller, 1.4% im Dach. Die durchschnittliche Zahl der Bewohner einer Kellerwohnung betrug 3.1%, einer Dachgeschoßwohnung 2.7%, einer Stockwerkwohnung 3.3%[1].

In wie hohem Maße das Schicksal der Säuglinge, die Verbreitung der Tuberkulose und anderer Infektionskrankheiten von der Wohndichtigkeit abhängig ist, sei hier nur erwähnt. Insbesondere die Tuberkulose ist eine ausgesprochene Wohnungskrankheit, deren Verteilung nach den Feststellungen von Gottstein der Bevölkerungsdichtigkeit entspricht.

In verhängnisvoller Weise von den Mißständen des Wohnwesens beeinflußt wird auch das Kindbettfieber. Der Ablauf der normalen Geburt, die Arbeit der Hebamme, viel mehr noch das Wirken des Geburtshelfers und das Ergebnis operativer Eingriffe sind von den Zuständen der Wohnung, von ihrer Sauerbeit, vom Inventar, Beheizung und Beleuchtung und vielen anderen äußeren Umständen abhängig.

Die Wohnungsaufsicht, welche den Kreisärzten durch die §§ 70—73 ihrer Dienstanweisung zur Pflicht gemacht wird, ist leider in den Nachkriegsjahren bedeutend eingeschränkt worden. Es scheint an der Zeit zu sein, daß sie wieder in vollem Umfange aufgenommen wird, und — ähnlich wie bei der Tuberkulose — auf das Kindbettfieber ausgedehnt wird. Jeder gemeldete Fall von Kindbettfieber muß dem Kreisarzt Veranlassung zur Wohnungsbesichtigung geben. Unter Zuziehung der Mutterschaftsfürsorgepersonen kann dadurch viel zur Verhütung des Kindbettfiebers beigetragen werden.

Der Wohnungsaufsicht muß die Wohnungshygiene folgen, damit das Ziel des § 155 der Reichsverfassung erreicht wird, welcher jedem Deutschen eine gesunde Wohnung und allen deutschen Familien, besonders den kinderreichen, eine ihren Bedürfnissen entsprechende Wohn- und Wirtschaftsheimstätte zusichert.

E. Die geburtshilfliche Auslese

Zu den Aufgaben der Mutterschaftsfürsorge gehört, was schon im vorhergehenden mehrfach gestreift worden ist, auch die geburtshilfliche Auslese. Sie erfolgt während der Schwangerschaft, spätestens am Anfang des letzten Monats und dient dazu, alle diejenigen Geburten, welche Komplikationen erwarten lassen, rechtzeitig auszusondern und für die Klinik zu bestimmen. Sei es, weil ein Größenmißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und

[1] Georg Loewenstein: Beiträge zur Ursachenforschung der sozialen und sittlichen Gefährdung. Mitteilungen der D.G.B.G. Bd. 26, 1928.

Digitized by Google

mütterlichen Geburtswegen, sei es weil eine ungünstige Kindeslage oder sonstige pathologische Zustände der Schwangerschaft, sei es, weil organische oder konstitutive Krankheitszustände der Mutter vorliegen oder sei es endlich, weil der Eintritt der Geburt sich übermäßig verzögert (Übertragung) oder der Ablauf die durchschnittliche Dauer erheblich überschreitet.

Vom Mutterschaftsfürsorgearzt wird also ein hohes Maß von diagnosischen Fähigkeiten besonders auf geburtshiflichen und innermedizinischem Gebiet verlangt, wobei er bis zur Konstitutionsdiagnose vordringen muß[1].

Neben den ärztlichen müssen auch die sozialen Umstände, insbesondere die Wohnungsverhältnisse zur Entscheidung der Frage nach häuslicher oder klinischer Niederkunft herangezogen werden. Zur Beurteilung der Lebensverhältnisse ist gerade die Mutterschaftsfürsorge durch den Außendienst ihrer Hilfsorgane besonders befähigt.

Durch die rechtzeitige Aussonderung der operativen Geburten und ihre Überführung in die Klinik werden die geburtshilflichen Leistungen eine wesentliche Verbesserung erfahren.

Der Überblick über die Leistungen der Geburtshilfe und ihre Entwicklung[2] während der letzten Jahrzehnte hat zu der Erkenntnis geführt, daß trotz aller Errungenschaften der Neuzeit wie Antisepsis und Asepsis, trotz der Bereicherung des geburtshilflichen Arzneischatzes mit Wehenmitteln und anderen Hilfen die Erfolge der geburtshilflichen Kunst nicht in dem Maße zugenommen haben, wie die allgemeine Vorstellung annahm. Son-

[1] Max Hirsch: Dysmenorrhoe in Beziehung zu Körperbau- und Konstitution sowie über Konstitution und Sexualität. Zbl. Gynaek. 1923 S. 39. — Szerdjukoff: Die Bedeutung konstitutioneller Faktoren bei Schwangerschaft, Geburt und Nachgeburtsperiode. Arch. Frauenkde u. Konst.forschg. Bd. XIII (1927), Bd. XIV (1928). — Bublitschenko: Ein Versuch, die Konstitution und Prädisposition zu Puerperalerkrankungen klinisch zu bestimmen. Arch. Frauenkde u. Konst.forschg. Bd. XV (1929). — A. Mayer: Bedeutung der Konstitution für die Frauenheilkunde 1927.

[2] Max Hirsch: Der Weg der operativen Geburtshilfe. Arch. f. Frauenk. u. Konstitutionsforsch. Bd. 13, 1927. — Ders.: Die operative Geburtshilfe vor der Frage: vaginal oder abdominal. Arch. f. Gynaekol. Bd. 132, 1927. — Ders.: Über Arbeitsteilung der Geburtshilfe in häuslich normale und klinisch-operative. Zentralbl. f. Gynaekol. 1928, Nr. 22/23. — Ders.: Zur Frage der geburtshilflichen Neuordnung. Zentralbl. f. Gynaekol. 1929, Nr. 32. — Ders.: Zur Frage der geburtshilflichen Neuordnung auf dem Leipziger Kongreß. Zentralbl. f. Gynaekol. 1930, Nr. 9. — Ders.: Die statistischen Erhebungen Winters zur Frage der geburtshilflichen Neuordnung. Dtsch. med. Wochenschr. 1930, Nr. 18. — Winter: Die neue Geburtshilfe nach Max Hirsch. Zentralbl. f. Gynaekol. 1928, Nr. 1. — Ders.: Die Zukunft der häuslichen Geburtshilfe. Med. Klinik 1929, Nr. 1 u. 2. — Dörfler: Vom Kaiserschnitt zur aseptischen Geburt 1929. — Ders.: Um die Erhaltung von Mutter und Kind. Zentralbl. f. Gynaekol. 1930, Nr. 33. — Weitere Literatur siehe Arch. f. Frauenkunde u. Konstitutionsforschung Bd. 15, S. 325.

Digitized by Google

dern daß sie im Gegenteil seit Jahrzehnten nahezu stillstehen und an dem Aufschwung der Leistungen der aseptischen Chirurgie nicht teilgenommen haben. Insbesondere die Wundinfektion in Geburt und Wochenbett erfordert nach wie vor eine unverändert große Zahl von mütterlichen Opfern. Auch die Verluste an kindlichen Leben bei der Geburt, welche gleichfalls seit Jahrzehnten nahezu unverändert sind, erfordern dringende Maßnahmen der Abhilfe.

Noch immer reißt die puerperale Wundinfektion jährlich mehr als 3000 Frauen aus der höchsten Lebenserwartung heraus.

Nach dem statistischen Jahrbuch für das deutsche Reich starben an:

	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928
Kindbettfieber	4373	3980	3846	3628	3343	3125	3126	3407
Andere Folgen der Geburt (Fehlgeburt u. des Kindbetts)	3317	3074	2899	3083	3071	2916	2955	2135
	7690	7054	6745	6711	6414	6041	6081	6532

Diese Ziffern sind unbrauchbar, weil sie Geburt und Abort nicht trennen. Nach meinen Berechnungen sterben an Kindbettfieber nach der Geburt jährlich 2600 Frauen. Die Fiebertodesfälle bei vorzeitiger Geburt in den ersten 6 Monaten der Schwangerschaft sind nicht einbegrifffen. Außer ihnen erkranken noch etwa 12—13000 an den schweren Formen der puerperalen Infektion. Diesen Zahlen ist eine Geburtenziffer von 1.5 Millionen zugrunde gelegt.

Erkrankung und Sterblichkeit an Kindbettfieber in Preußen betragen:

Kindbettfieber	1927			1928		
	polizeilich gemeldete		standesamtlich gemeldete Todesfälle	polizeilich gemeldete		standesamtlich gemeldete Todesfälle
	Erkrankungen	Todesfälle		Erkrankungen	Todesfälle	
nach regelrechter od. Frühgeburt	2902	652	917	3151	744	1023
nach Fehlgeburt	1688	742	1245	1941	803	1385
	4590	1394	2162	5092	1547	2408

Diese Tabelle, eine amtliche Statistik, läßt wohl die Zunahme der gemeldeten Erkrankungen und Todesfälle bei Kindbettfieber erkennen, gestattet aber keinen Einblick in die wahren Verhältnisse, weil sie längst nicht alle Fälle erfaßt. Das geht schon aus der großen Differenz zwischen sanitätspolizeilich und standesamtlich gemeldeten Todesfällen hervor. Wie unmaßgeblich die amtliche Statistik ist, dafür mag als Beispiel die Stadt Bonn angeführt werden, in welcher überhaupt keine Fälle an Kindbettfieber

Digitized by Google

sanitätspolizeilich gemeldet sind, weder nach rechtzeitiger noch nach Früh- oder Fehlgeburt[1].

Über die Beteiligung von Ärzten und Hebammen an den Fieberfällen ist in Preußen folgendes festgestellt:

bei den rechtzeitigen Entbindungen waren
in 230 Fällen Ärzte allein,
in 597 Fällen Hebammen allein tätig,
in 2228 Fällen wurden Ärzte erst später von Hebammen herangezogen,
in 43 Fällen waren weder Ärzte noch Hebammen bei der Geburt zugegen;
bei den Aborten waren
in 885 Fällen Ärzte allein,
in 365 Fällen Hebammen allein tätig,
in 671 Fällen wurden nachträglich Ärzte von Hebammen zugezogen,
in 270 Fällen sind weder Ärzte noch Hebammen zugegen gewesen.

Aus diesen Zahlen kann man die trotz aller gepriesenen Asepsis noch immer erschreckend häufige puerperale Infektion und die mangelhafte Versorgung mit sachverständiger Hilfe erschließen.

Sehr tiefschürfende statistische Untersuchungen von Weinberg haben ergeben, daß bei sonst gleichen Bedingungen die Gefahr an Kindbettfieber zu erkranken in der Anstalt 5mal geringer, diejenige an Kindbettfieber zu sterben 10mal geringer ist als außerhalb der Anstalt und im Privathaus. Diese Berechnung bezieht sich auf eine Zeit, in welcher die Wohnungsnot bei weitem nicht in dem Umfange bestand wie in der Nachkriegszeit.

[1] In diese statistischen Wirren scheint endlich die 4. Revision der von der Hygienesektion des Völkerbundes geführten internationalen Liste der Todesursachen Ordnung zu bringen. Ihr ist es gelungen, den septischen Abort völlig von dem Puerperalfieber im Kindbett zu trennen.

Das Annuaire sanitaire international (Vol V. Genf 1930) verzeichnet für Deutsches Reich

Jahr	Zahl der Entbindungen (standesamtlich)	Zahl der Sterbefälle an Puerperalfieber post partum			Zahl der Sterbefälle an Puerperalfieber post abortum	
		absolut	auf 10000 Entbindungen	auf 10000 Lebend- u. Totgeborene	absolut	auf 10000 Frauen von 15-45 Jahren
1926	1 254 212	1448	11,5	11,4	1677	1,03
1927	1 185 472	1295	10,9	10,8	1831	1,11
1928	(rund 1 205 000)	1427	11,8	11,7	1980	1,19

Deutsche Städte mit 15000 und mehr Einwohnern

Jahr	Lebend- und Totgeborene	Zahl der Sterbefälle an Puerperalfieber post partum		Zahl der Sterbefälle an Puerperalfieber post abortum
		absolut	Auf 10000 Lebend- und Totgeborene	absolut
1926	428 660	509	11,9	872
1927	408 423	450	10,9	741
1928	422 815	454	10,7	830
1929	400 045	425	10,2	825

Digitized by Google

Sie behält also ihre Gültigkeit auch für eine zukünftige Zeit, in welcher die Wohnungsnot der Gegenwart beseitigt sein wird.

Wie sehr die klinische Geburtshilfe imstande ist, dem Kindbettfieber seine Opfer zu entreißen, zeigt die Gegenüberstellung der Sterblichkeit in Berlin und Leningrad, von denen ersteres ca. 25%, letzteres mehr als 90% klinische Geburten hat.

Todesfälle an Kindbettfieber post partum und post abortum auf 1000 Geburten

	Groß-Berlin			Leningrad		
	Summe	p. part.	p. abort	Summe	p. part.	p. abort
1922	13.14	2.58	10.56	3.77	—	—
1923	13.80	2.47	11.33	3.39	—	—
1924	11.05	2.07	8.98	2.62	—	—
1925	8.72	2.22	6.50	2.37	1.11	1.26
1926	6.34	1.70	4.60	1.57	0.70	0.87

In beiden Städten werden Geburten und Aborte getrennt geführt. In Berlin seit 1922, in Leningrad seit 1925. In Berlin ist 1926 die Sterblichkeit an Kindbettfieber nach Abort 5mal, nach Geburt $1^1/_2$mal so groß wie in Leningrad.

Aber nicht nur die puerperale Wundinfektion wird durch die geburtshilfliche Auslese eine wesentliche Einschränkung erfahren, sondern auch der Tod in Geburt und Wochenbett als Folge überflüssiger, unzweckmäßiger oder verspäteter operativer Eingriffe. Ihnen erliegen nach meinen Feststellungen weitere 4000 Frauen im Jahre und nahezu 90000 Kinder.

In der Erkenntnis, daß die geburtshilflichen Opfer weniger dem einzelnen Geburtshelfer als dem herrschenden geburtshilflichen System zur Last zu legen sind, habe ich eine Neuordnung der Geburtshilfe in Vorschlag gebracht, mit deren Durchführung die Mutterschaftsfürsorge eng verbunden ist. Ihr Wesen besteht darin, daß

1. die operative Geburt aus dem Privathaus in die Klinik verlegt wird. Daß somit eine strenge Arbeitsteilung vorgenommen wird zwischen häuslich-normaler und klinisch-operativer Geburtshilfe;

2. daß die Geburtshilfe aus der Antiseptik in die Aseptik übergeführt wird.

Zu diesem Zweck ist es notwendig, daß alle diejenigen Fälle, welche einen nicht normalen Ablauf der Geburt erwarten lassen, schon im letzten Monat der Schwangerschaft ausgesondert und für die klinische Niederkunft bestimmt werden.

Es ist ferner notwendig, daß die Überweisung in die Klinik „rechtzeitig und keimfrei" geschehe.

Daß das geburtshilfliche Schulwissen und -denken allein nicht ausreichend ist, um bestens für Mutter und Kind zu sorgen, sondern daß es dazu eines reichlichen Zuschusses aus dem Gebiet der sozialen Pathologie bedarf, sei am Beispiel der Beckenenge kurz erwiesen.

Digitized by Google

Das enge Becken ist eine im höchsten Grade sozial-pathologische Erscheinung, welche im ursächlichen Zusammenhange steht mit der wirtschaftlichen Lage, mit Erwerbsarbeit, Pubertätshygiene usw.

Kipping hat die Verteilung des engen Beckens auf die 4 Verpflegungsklassen der Freiburger Universitäts-Frauenklinik in den Jahren 1905—1908 berechnet und gefunden:

bei	288	Frauen	1. Klasse	1%	enge Becken
„	213	„	2. „	4.7%	„ „
„	939	„	3. „	17.0%	„ „
„	1501	„	4. „	20.6%	„ „

Die Mutterschaftsfürsorge wird also auch bei Beurteilung der Beckenwege der Lebenslage der Schwangeren ihre Aufmerksamkeit schenken müssen.

Die Enge der weichen Geburtswege wiederum ist in hohem Maße vom Alter der Gebärenden abhängig und beeinflußt Geburtsdauer und operative Häufigkeit, operative Chancen und damit das Schicksal von Mutter und Kind.

Mit dem Alter der Mutter nimmt die Zahl der operativen Geburten zu. Das ist eine alte Erfahrung, für welche als klassische Unterlage die dänische Statistik von Ditzel dient. Danach kommen auf 100 rechtzeitige Geburten

beim Alter der Mutter von	abnorme Kindslagen	künstliche Geburten	Wendungen	Zangengeburten	
				Erstgebärende	Mehrgebärende
unter 20 Jahren	2.1	3.0	0.8	3	0.2
20—25 „	2.3	4.9			
25—30 „	2.7	5.5	1.2	5	0.7
30—35 „	3.9	7.2	2.6	10	0.7
35—40 „	4.7	8.4	3.2	16	1.1
40—45 „	5.4	10.4	4.0	22	1.5
45 u. mehr „	7.0	12.0	5.0		
zusammen	3.6	6.9	2.2	5	0.8

Auch die Zahl der vorangegangenen Geburten beeinflußt die Operationsfrequenz. Es kommen auf 100 rechtzeitige Geburten

Bei der	abnorme Kindslagen	künstliche Geburten	Wendungen
1. Geburt	2.6	9.2	0.9
2. „	2.4	5.0	1.6
3. „	3.2		
4. bis 5. Geburt	3.9	5.9	2.5
6. „ 7. „	5.2	8.0	3.6
8. „ 9. „	5.9	9.5	3.7
10. bis 11. Geburt	4.7	10.3	4.7
12 und weiteren Geburten	11.7	15.0	6.0
allen Gebärenden	3.6	6.9	2.2

Digitized by Google

Nach dieser Berechnung[1] schneiden die 2. und 3. Geburten am besten ab.

Die sozial-pathologischen Kenntnisse ermöglichen also eine Voraussage — soweit eine solche menschlichem Streben überhaupt zugänglich ist — auch in denjenigen Fällen mangelnder Formbarkeit des kindlichen Schädels und mangelnder Nachgiebigkeit der weichen Geburtswege, in welchen die Schwierigkeiten erst während des Geburtsverlaufes erkennbar werden.

Der Mutterschaftsfürsorge erwächst die Aufgabe unter Berücksichtigung dieser Umstände und auf Grund der vorgenommenen Untersuchung die Chancen der Geburt abzuwägen und bei voraussehbaren operativen Eingriffen den Rat zur klinischen Niederkunft zu geben.

Vorbedingung hierfür ist die Ausbildung der geburtshilflichen Frühdiagnostik unter Verzicht auf die innere Untersuchung.

Heute ist das diagnostische Denken des Geburtshelfers noch viel zu sehr auf die innere Untersuchung eingestellt. Die äußere erfährt erst in der jüngsten Zeit eine größere Würdigung. Neben dem Tastgefühl muß aber auch der Gesichtssinn für die geburtshilfliche Diagnose in viel größerem Maße nutzbar gemacht werden. Erfassung des Körperbaues, der Bauch- und Beckenform in Vorder- und Seitenansicht. Man kann den Fruchthalter gewissermaßen durch die Bauchdecke hindurch sehen lernen und auf Lage und Größe des Kindes schließen. Man kann auch oft das Verhältnis von Kopf und Symphyse erkennen. Das Auge muß geschult werden wie in der Künstleranatomie. Also Gesicht und Gefühl. Visuelle und palpatorische Erfassung. Und als drittes das Ohr. Akustische Kontrolle des Kindes.

Daß diese Kunst erreichbar ist, sagt Erfahrung und Überlegung. Gewiß wird es Fälle geben, in denen die äußere Untersuchung noch Zweifel übrig läßt. Dann muß die rektale Untersuchung helfen. Die vaginale Untersuchung ist der Klinik vorbehalten. Hier, wo die aseptischen Kautelen vorhanden sind, mag sie im Bedarfsfalle vorgenommen werden. In der Sprechstunde des Arztes, in der Fürsorgestelle oder im Hause der Schwangeren vor oder während der Geburt ist sie zu meiden.

Ebenso zu verwerfen als Quelle der Infektion ist die innere Beckenmessung. Mit ihr wird der Praktiker ohnehin nicht fertig. Weder mit der Hand noch mit dem Meßapparat. Sie ist als unnötig und schädlich zu unterlassen und abzuschaffen. Nicht auf die Beckenmasse, sondern auf das Größenverhältnis von Becken und kindlichem Kopf kommt es an. Hierfür genügt die äußere Messung und die stereometrische Vorstellung. Diese wird durch Palpation des Beckens und des vorliegenden Teils durch die Bauchdecken hindurch gewonnen. Später durch die Beobachtung des Geburtsverlaufes.

Über eine gewisse Zeitdauer, welche bei Erstgeburten 30, bei Mehr-

[1] Siehe auch S. 43.

Digitized by Google

gebärenden 20 Stunden seit Wehenbeginn nicht überschreiten sollte, darf die exspektative Geburt im Hause nicht hinausgetrieben werden, damit die Geburt nicht verschleppt und die günstigste Zeit für Mutter und Kind versäumt werden. Der Hebamme aber muß zur Pflicht gemacht werden, schon bei einer kürzeren Geburtsdauer den Arzt herbeizurufen, auch wenn keine von den sogenannten Komplikationen vorliegt.

Die Aufstellung der Indikation „verzögerte Geburt" als Grund für Überweisung in die Klinik ist das am besten geeignete Mittel, Verschleppung der Geburt und ihre verhängnisvollen Folgen zu verhüten.

Auch die kindliche Asphyxie ist in der weit überwiegenden Zahl der Fälle eine Folge protahierter Geburt. Sie tritt selten so plötzlich auf, daß nicht schon lange vorher die Schwankungen der kindlichen Herztöne feststellbar wären. Es wird Sache des Unterrichts sein, die Diagnostik der kindlichen Herztöne zu verfeinern und besonders zu üben. In diesem Punkte wird in der Geburtsleitung noch viel versäumt[1]. Ich halte es für dringend notwendig, daß Arzt und Hebamme eine Buchung der kindlichen Herztöne in einstündigenPausen vornehmen und so eine Art Kontrolliste führen. Auf diese Weise werden Schwankungen und Änderungen rechtzeitig erkennbar, und für die Überführung in die Klinik wird Zeit genug vorhanden sein. Bei einem Wegenetz, wie wir es in Deutschland haben, und im Zeitalterdes Kraftwagens und des Flugzeuges sehe ich auf dem Gebiete des Krankentransportes überhaupt keine Schwierigkeit mehr, die nicht durch Organisation zu überwinden wäre.

Gewiß wird es auch dann in der Geburtshilfe wie in allen Zweigen der ärztlichen Tätigkeit Fälle von plötzlicher Lebensgefahr geben, wo der Arzt die erste Hilfe, wo es auch sei, zu leisten haben wird. Worin diese zu bestehen hat, muß in Praxis und Unterricht gelehrt werden. Durchaus nicht immer, wie es jetzt geschieht, in sofortiger Entbindung außerhalb der Klinik, sondern meist in vorläufigen Maßnahmen. Es muß eine Art Nothilfe bei plötzlichen Unglücksfällen in der Geburt geschaffen werden. Behelfsmaßnahmen für den Arzt, Sicherungsmaßnahmen für Mutter und Kind für die Dauer des Transportes in die Klinik. Diese Fälle äußerster Lebensgefahr aber werden bei Wahrung der Grundsätze über rechtzeitige Einweisung in die Klinik immer seltener werden. Das muß Ziel des Unterrichts sein.

IV. Geburtsfürsorge

Die im vorigen Abschnitt aufgestellten Grundsätze müssen Inhalt desjenigen Teiles der Mutterschaftsfürsorge sein, welcher sich auf die Geburt erstreckt und als „Geburtfürsorge" zu bezeichnen ist.

[1]) Vögel: Totgeburtenzahl und geburtshilfliche Ordnung. Arch. Frauenkde. u. Konst.forschg. Bd. XV (1929).

Digitized by Google

Die geburtshilfliche Auslese der häuslichen und klinischen Entbindungen zu treffen, ist eine überaus verantwortungsvolle diagnostische und prognostische Aufgabe der Mutterschaftsfürsorge, welche fachärztliche Kenntnisse erfordert. Daß sie im Zweifelsfalle zugunsten der Klinik getroffen werden muß, versteht sich von selbst. Und wenn diese Entscheidung durch den Verlauf der Geburt als unnötig erwiesen wird, so sehe ich darin keinen Schaden. Besser 10 klinische Entbindungen zuviel als eine zu wenig.

Seit längerer Zeit schon ist die Neigung zur Anstaltsentbindung deutlich in Zunahme begriffen, wie folgende Tabelle zeigt:

Entbindungen in den Entbindungsanstalten im Deutschen Reich

1912	3.3%	aller Entbundenen
1921	5.3%	„ „
1924	6.4%	„ „
1927	10.7%	„ „
1928	12.3%	„ „

Das ist der Reichsdurchschnitt. In Preußen ist er erheblich höher. In Dortmund finden mehr als 30%, in Düsseldorf 50%, im Kanton Basel nahezu 100% der Geburten in Anstalten statt.

Über die Gründe dieser Erscheinung will ich mich nicht ausbreiten. Sie mag zur Zeit mit den wirtschaftlichen Verhältnissen, insbesondere der Wohnungsnot zusammenhängen. Sie ist bestimmt keine Laune der Mode, wie gesagt worden ist, sondern Ausdruck des größeren Gefühls der Sicherheit, welche die klinischen Leistungen bieten.

Anders ist nachfolgende Entwicklung in Ziffern nicht zu erklären. Es wurden in deutschen Entbindungsanstalten verpflegt auf 10000 Frauen im Alter von 15—45 Jahren:

1877	10.8	1910	39.2
1880	12.5	1920	58.1
1890	16.0	1926	76.0
1900	24.2		

Auf alle Fälle ist dieser Vorgang als ein Vorteil im Sinne der Mutterschaftsfürsorge zu betrachten und verdient alle Förderung.

Von den mancherlei Hindernissen, welche dem im Wege stehen, erheischen zwei besondere Beachtung, weil sie der Mutterschaftsfürsorge erreichbar und abwendbar sind.

Das eine ist die Kostenfrage für klinische Entbindung. Solange die Krankenkassen zur Übernahme nur der pathologischen Fälle verpflichtet sind, während die normale Geburt außerhalb ihrer Leistungspflicht liegt, gehen im letzteren Falle die Kosten zu Lasten der Frau selbst. Der Betrag für die Entbindung in einer öffentlichen Gebäranstalt ist gewiß nicht hoch, kann aber oft nicht sofort aufgebracht werden. So unterbleibt die klinische

Digitized by Google

Entbindung. Das ist umso bedenklicher, als es meist gerade diejenigen trifft, deren häusliche Verhältnisse die klinische Entbindung dringend notwendig erscheinen lassen. Das muß geändert werden.

Die durch § 196 RVO. den Krankenkassen anstelle des Wochengeldes freigestellte Kannleistung der Gewährung von Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim muß in Regelleistung umgewandelt werden.

Es müssen ferner die sonstigen Leistungspflichten der Krankenkassen, welche bisher nur dem pathologischen Ablauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett galten, auch auf die normalen Zustände und Verläufe ausgedehnt werden. Das scheint mir um so notwendiger, als der Begriff der normalen Geburt sehr schwer zu definieren, und die Grenzziehung zwischen normalem und krankhaftem Ablauf noch schwerer vorzunehmen ist. Als pathologisch zu bezeichnen sind nicht nur Geburten mit ungünstiger Lage des Kindes oder mit Enge der Geburtswege oder Krankheiten der Mutter oder mit überdurchschnittlichem Blutverlust, sondern auch solche, deren Dauer eine gewisse Zeit übersteigt. Es sind also nicht nur physische, sondern auch zeitliche Kriterien anzulegen. Ich bin der Meinung, daß es notwendig ist, jede Niederkunft als einen krankhaften Vorgang zu betrachten. Wenn auch nicht im ärztlichen, so doch im versicherungstechnischen Sinne.

Aber auch im ärztlichen Sinne ist zum mindesten jede Geburt und jedes Wochenbett ein Zustand erhöhter Lebensgefährdung. Alle Zeichen sprechen dafür, daß die Frau der Gegenwart für den Vorgang der Geburt nicht mit der gleichen Widerstandskraft des Körpers und der Seele ausgerüstet ist wie in früheren Zeiten. Demnach ist die Anstaltsentbindung als ein wichtiger Zweig der Mutterschaftsfürsorge zu betrachten.

Um die unter der angestrebten Neuordnung die Klinik aufsuchenden Gebärenden zu versorgen, ist die Vermehrung des klinischen Apparates notwendig.

Nehmen wir als Beispiel die Jahre 1923—1925. Diese haben eine Entbindungszahl von 3967042. Von diesen sind 251814 in Entbindungsanstalten versorgt, davon 50933 operativ. Es haben also außer diesen operativen Fällen rund 200000 normale Fälle Aufnahme gefunden. Diese Berechnung bezieht sich auf 3 Jahre, ergibt also pro Jahr 70000 normale Geburten in Anstalten. Dazu kommen in Zukunft 10% der Gesamtziffer als operativer Anteil. Das macht bei der heutigen Geburtenzahl 130000. Demnach würden im ganzen 200000 Gebärende jährlich in Entbindungsanstalten untergebracht werden müssen.

Wieviele Betten stehen hierfür zur Verfügung? Und wieviel müssen beschafft werden?

Digitized by Google

Es wurden gezählt Entbindungsanstalten in Deutschland:

Jahr	Anstalten			Betten	Auf 1000 Frauen i. Alter v. 15—45 J.
	öffentl.	privat	insgesamt		
1877	61	193	254	2156	2,1
1880	66	224	290	2318	2,3
1890	75	80	155	2676	—
1900	80	87	167	3271	2,6
1910	86	24[1]	110	4468	3,0
1920	92	36	128	5753	4,0
1926	136	60	196	7798	5,0

Im Jahre 1925 waren in Deutschland 125 öffentliche Entbindungsanstalten mit 6276 Betten und 42 private mit 889 Betten vorhanden. Diese Zahl ist eine Mindestziffer, da sie sich nur auf öffentliche Entbindungsanstalten und auf meldepflichtige Privatanstalten mit mehr als 11 Betten bezieht.

Wieviel Gebärende können in diesen 7165 Betten untergebracht werden? Um diese Frage zu beantworten, muß man die durchschnittliche Dauer eines Wochenbettes kennen. Dies läßt sich berechnen aus der Zahl der verabreichten Verpflegungstage. Es wurden im Jahre 1925 in den Entbindungsanstalten des Deutschen Reiches 1813008 Verpflegungstage geleistet. Die Zahl der in den Entbindungsanstalten versorgten Personen betrug in diesem Jahre 112714. Mithin betrug die durchschnittliche Dauer eines Wochenbettes 16 Tage, was dadurch zu erklären ist, daß unter den Versorgten sich 2525 von Kindbettfieber befallene Wöchnerinnen befinden.

Bei einer 16tätigen Dauer des Wochenbettes kann jedes Bett im Jahre 22 Gebärende aufnehmen. Das sind bei 7165 verfügbaren Betten 157630 Gebärende. Es wurden aber laut Jahresbericht nur 112714 Gebärende aufgenommen. Also rund 45000 weniger, als Plätze verfügbar waren. Das ist eine wichtige Feststellung, welche die Veränderung gegenüber früheren Zeiten, wo Kreis- und Wochenbettsäle bis auf den letzten Platz gefüllt waren, beleuchtet.

Da der zukünftige Bedarf an Aufnahmen mit 200000 und die gegenwärtige Aufnahmemöglichkeit mit 157630 berechnet worden ist, bleibt ein nicht versorgter Rest von 42500, welcher unterzubringen wäre. Hierfür sind bei 16tätigem Wochenbett noch rund 2000 Betten notwendig. Diese müssen beschafft werden, um den Anforderungen der von mir verlangten geburtshilflichen Arbeitsteilung zu genügen. Dabei muß damit gerechnet werden, daß der fortschreitende Geburtenrückgang (1336327 im Jahre 1925 auf

[1] Seit 1902 wurden private Heilanstalten mit weniger als 11 Betten nicht mehr gezählt.

Digitized by Google

1220777 im Jahre 1928) sehr bald einen weiteren Ausgleich herbeiführen wird[1]. Dabei muß ferner berechnet werden, daß die Neuordnung eine wesentliche Herabsetzung des Kindbettfiebers und damit eine Verkürzung des Wochenbettes erzielen wird. 2000 Betten sind also eine Höchstziffer. Die Beschaffung von 2000 über alle Staaten Deutschlands verteilten Betten aber ist eine Leistung der Gesundheitsfürsorge, welche durchaus im Rahmen der etatmäßigen Möglichkeit liegt.

Zu diesem Zwecke müssen je nach Raum-, Verkehrs- und Bevölkerungsverhältnissen den schon bestehenden Krankenhäusern geburtshilfliche Abteilungen angegliedert und hier und da auch neue Gebäranstalten geschaffen werden. Es kann natürlich keine Rede davon sein, daß diese Abteilungen etwa einem Chirurgen oder einem praktischen Arzt im Nebenamt übertragen werden. Es gibt genügend klinisch und operativ fachärztlich geschulte Geburtshelfer. Sie müssen in angemessener Weise über Stadt und Land verteilt und mit der Leitung der geburtshilflichen Abteilungen betraut werden.

Die Notwendigkeit hierzu ist schon während des Krieges erkannt, aber wieder vergessen worden. Ein Erlaß des preußischen Ministers des Innern vom 18. 5. 1915 an die Regierungspräsidenten lautet:

„Es kommt weiter in Frage, auf eine Vermehrung der Entbindungsanstalten hinzuarbeiten, die im allgemeinen noch in zu geringer Zahl, in manchen, selbst größeren Gemeinden, überhaupt nicht vorhanden sind. Es mag dahingestellt bleiben, ob es möglich ist, die Errichtung solcher Anstalten noch während des Krieges durchzusetzen. Jedenfalls sollte versucht werden, in dieser Hinsicht baldtunlichst Wandel zu schaffen."

Deutschland ist wegen seiner dichten Besiedelung und seiner ausgezeichneten Verkehrswege in einer besonders günstigen Lage. Um so mehr befremdet es, daß seine Müttersterblichkeit an der Geburt nicht niedriger ist als in weniger begünstigten Ländern wie Dänemark, Schweden, Italien, Norwegen, Finnland, Japan u. a.

Amerika ist weit schlechter daran. Dort nimmt nur ein ganz kleiner Teil der gebärenden Frauen Kliniken und Heime in Anspruch. Dort ist nach einem Bericht des Childrens Büro des Departement of Labor die Müttersterblichkeit seit Beginn des Jahrhunderts nahezu gleich geblieben. Sie beträgt 6.6 auf 1000 lebendgeborene Kinder. Also doppelt so viel wie in Deutschland und den oben genannten Staaten. Nach einer Geburtsstatistik von 1921 sterben in den Vereinigten Staaten etwa 20000 Frauen

[1] Inzwischen ist die Zahl der in Anstalten Entbundenen von 113546 i. J. 1925 auf 142369 i. J. 1928, und die Operationsziffer in den Anstalten von 17.8 auf 20.4 gestiegen. Die Zahl der öffentlichen Entbindungsanstalten hat sich auf 156, die der privaten auf 112, die in beiden Arten verfügbaren Betten auf 9208 vermehrt.

Digitized by Google

und 200000 Kinder jährlich an der Geburt. Die Sterblichkeit an der Geburt ist in den unteren Ständen am höchsten und bei Negerfrauen um 67% höher als bei weißen Frauen und bei den im Inland geborenen weißen Frauen höher als bei den im Ausland geborenen.

Der Mitteilung wert ist das Programm vorbeugenden Charakters, welches der oben genannte Bericht zur Besserung dieser Verhältnisse entwirft.

Da der größere Teil der Todesfälle auf Kindbettfieber, Mangel an sachgemäßer ärztlicher Aufsicht und an Reinlichkeit zurückzuführen ist, fordert das Programm, daß die Zulassung von Geburtshilfe leistenden Ärzten und Hebammen von einer Bescheinigung über ihre Befähigung, dem Besitz bestimmter Mindestvoraussetzungen abhängig gemacht und schlechte Berufsausübung bestraft wird. Verlangt wird außerdem die behördliche Kontrollierung öffentlicher und privater Hospitäler und Mütterheime, eine Gesetzgebung über Meldepflicht und Kontrolle venerischer Erkrankungen, die Einführung der Meldepflicht für Kindbettfieber, wie sie in einigen Staaten bereits mit Erfolg angewandt wird, die Bereitstellung öffentlicher Mittel zur Erleichterung der ärztlichen und pflegerischen Ausbildung und zur Errichtung sachgemäßer Kliniken, Hospitäler und Mütterheime, Beihilfen der Bundes- oder Staatenregierungen zur Unterstützung der staatlichen oder kommunalen Tätigkeit, wie sie in den letzten 4 Jahren durch das Mutter- und Kinderschutzgesetz bestehen, und die Aufklärung der Mütter über die Notwendigkeit entsprechender Vorkehrungen.

Die klinische Niederkunft ist auch aus dem Grunde zu fördern, weil sie weitgehende Anwendung schmerzlindernder Maßnahmen und die nahezu völlig schmerzlose Durchführung der Geburt gestattet. Was das für den Gebärwillen der Frau bedeutet, habe ich vor nahezu 20 Jahren dargelegt[1]. Dabei habe ich dem naturwissenschaftlichen Standpunkt die religiösen Bedenken, dem Geburtsverlauf der zivilisierten Gegenwart denjenigen bei den Naturvölkern und den Völkern der Vergangenheit gegenübergestellt. Ich kam damals zu der „Forderung, daß fortan der schmerzlosen Geburt in den Kreisen der Ärzte eine größere Aufmerksamkeit und Pflege" zu widmen sei. —

Für die Maßnahme der klinischen Auslese der Schwangeren ist die Zahlung der den Schwangeren 4 Wochen vor der Geburt zustehenden Wochenhilfe eine willkommene Gelegenheit. Die Auszahlung des Geldes muß an die Bedingung gebunden werden, daß ärztliche Untersuchung und Beratung stattgefunden hat, welche sich nicht nur auf den Termin der Niederkunft, sondern auch auf den Zustand der Schwangerschaft und die Gesundheit der Frau und auf die Frage nach der häuslichen oder klinischen Niederkunft zu erstrecken hat. —

[1] Max Hirsch: Fruchtabtreibung, Präventivverkehr und Geburtenrückgang. 1913. Kapitel 10: Die schmerzlose Geburt. S. auch: Arch. Frauenkde. u. Konstit.-Forschg. Bd. IV 1919. S. 266.

Digitized by Google

Das zweite Hindernis erwächst bei Mehrgebärenden, welche schon Kinder im Hause haben und diese nicht verlassen können und wollen. Sie wollen und müssen vom Wochenbett aus den Haushalt leiten und die Kinder beaufsichtigen, weil ihnen Hilfe fehlt. Das sind auch meist die Fälle, in denen die Mutter das Wochenbett zu früh verläßt und Schaden an der Gesundheit nimmt. Hier kann die Mutterschaftsfürsorge durch Organisation eines Pflege- und Aufsichtsdienstes der Wöchnerin die Sorge um Haus und Familie abnehmen. So daß die Frau in der Lage ist, unbesorgt um Haus und Familie, Geburt und Wochenbett in einer Gebäranstalt zu erledigen.

Die Kosten sollten wiederum die Krankenkassen tragen durch Gewährung von Hauspflege, welche sowohl den Kindern während der Abwesenheit der Mutter als auch der Wöchnerin nach ihrer Rückkehr dient. § 196 des Gesetzes vom 9. 7. 1926 gestattet die Gewährung von Hilfe und Wartung durch Hauspflegerinnen und als Ersatz dafür Kürzung des Wochengeldes bis zur Hälfte.

Diese Bestimmung muß unwirksam bleiben, so lange sie nicht zur Regelleistung wird, und so lange nicht das Wochengeld neben der Hauspflege voll gezahlt wird.

Es muß also die Forderung erhoben werden, daß bei der Schwangerenberatung in dem Falle, daß die Entscheidung auf klinische Niederkunft lautet, gleichzeitig Hauspflegeschaft für die versorgungsbedürftigen Kinder gewährt wird, welche nach Möglichkeit auch über die ersten 14 Tage nach Rückkehr der Mutter in den Haushalt auszudehnen ist.

Viele der bereits bestehenden Hauspflegevereine, welche zum größten Teil privater Initiative entsprungen sind, zum Teil charitativen Verbänden angehören und in dem deutschen Verband für Hauspflege zusammengeschlossen sind, können für diesen Zweck der Mutterschaftsfürsorge nutzbar gemacht werden.

Nach dem Sinne des § 196 RVO. kommen dafür Personen in Betracht, welche mit der Hauswirtschaft und den einfachen Hilfeleistungen am Wochenbett Bescheid wissen. Da sie weder eines Wochenpflege- noch Krankenpflegeexamens bedürfen, muß die Mutterschaftsfürsorge sich selber die geeignet erscheinenden Personen auswählen und durch Kurse heranbilden.

Hauspflege ist keine Krankenpflege. Ihr Begriff wird von dem genannten Verbande folgendermaßen bestimmt:

„Unter Hauspflege ist zu verstehen Sorge für Haushalt und Kinder einer niederkommenden oder erkrankten Frau, sowie deren Pflege durch meist in Krankenpflege ungeübte, in einfacher Haushaltführung erfahrene Hauspflegerinnen, also hauptsächlich Ersatz der Arbeit der erkrankten Hausfrau und Mutter, nicht aber Hauskrankenpflege oder sogenannte Gemeindepflege, die ausschließlich oder fast ausschließlich die Pflege der Kranken ausübt, ohne Haushalt und Kinder voll zu versorgen."

Digitized by Google

Die Kosten müssen die Versicherungsträger und die Kommunen übernehmen.

Um Mißbrauch zu verhüten, mag ihnen das Recht vorbehalten werden, die häuslichen Verhältnisse auf die Notwendigkeit der Unterstützung der Schwangeren und Wöchnerin durch Hauspflege nachzuprüfen.

Diese Prüfung mag sich auch auf die Frage erstrecken, ob die Krankenkasse von dem Recht, bei Gewährung von Hauspflege die Hälfte des Wochengeldes in Abzug zu bringen, Gebrauch machen soll. Im allgemeinen wird sich wie gesagt diese Maßnahme nicht empfehlen, weil sie gesundheitlichen Nachteil und Einschränkung der Ernährung und anderer wichtiger Dinge verursacht.

Es versteht sich von selbst, daß die Hauspflege auch bei der normalen Niederkunft der Frau im Hause wertvolle Dienste leisten und die werdende Mutter und Wöchnerin von viel Sorge befreien kann.

Wer in der Außenpraxis Geburtshilfe getrieben hat und insbesondere die poliklinische Geburtshilfe der öffentlichen Gebäranstalten kennt, wird diese Forderung als eine Selbstverständlichkeit gutheißen, die keines Beweises mehr bedarf. Gleichwohl ist es zu begrüßen, daß in der Erhebung von Teleky-Weickert zahlenmäßiges Beweismaterial für sie beigebracht wird. Dieses läßt erkennen, daß innerhalb von 4 Tagen nach der Entbindung das Bett verlassen:

Frauen	der	Einkommenstufe	1 in 2.2%
„	„	„	2 „ 6.5%
„	„	„	3 „ 10.4%
„	„	„	4 „ 9.8%

In derselben Weise wird die Abhaltung des Wochenbettes durch die Kinderzahl beeinflußt:

Innerhalb von 4 Tagen stehen auf	Mütter von		
	1 Kind	2—4 Kindern	5 u. mehr Kind.
Fabrikarbeiterinnen	6.0%	10.8%	17.6%
nicht erwerbstätige Frauen.	6.1%	10.7%	15.2%

Das normale Wochenbett wird eingehalten beim ersten Kinde in 71.5%, bei 5 und mehr Kindern in 57.4% der Fälle. Die Hauspflege findet also ein nützliches Feld der Arbeit im Rahmen der Mutterschaftsfürsorge vor.

Die Hauspflege ist bisher zumeist von kirchlich-charitativen Organisationen geübt worden, drängt aber jetzt dazu, durch kommunale Einrichtungen übernommen und erweitert zu werden. Der erste Versuch dazu ist in Berlin unternommen worden. Hier ist im Jahre 1928 der Verwaltungsbezirk Kreuzberg dazu übergegangen, eine städtische Krankenpflege im Hause zu organisieren. Es scheint insbesondere für die Zeiten des Wochen-

Digitized by Google

bettes dringend notwendig, einen besonderen Zweig von Wochen- und Säuglingspflegerinnen zu bestellen.

Neben der Hauskrankenpflege muß eine Hauswirtschaftspflege organisiert werden, für die letzten Wochen der Schwangerschaft, falls Gesundheitsstörungen es notwendig machen, und für die ersten Wochen nach beendetem Kindbett.

Diese Pflegschaften als Pflichtleistungen der Krankenkassen und des Gemeinwesens scheinen mir für die Zwecke der Mutterschaftsfürsorge durchaus geboten. Dagegen glaube ich nicht, daß den Krankenkassen eine Ersparnis an Krankenhauskosten daraus erwächst, daß die Hauspflege gestattet, die Kranken früher zu entlassen. Die Kosten der Hauspflege werden auf M. 1.50 bis M. 2.— pro Tag berechnet. Dazu kämen die Leistungen der Krankenkassen an Krankengeld, Medikamenten, Verbandstoffen, Stärkungsmitteln und ärztlicher Behandlung. Dieser Betrag wird sicherlich den Verpflegungssatz des Krankenhauses, welcher in Berlin zur Zeit M. 7.00 beträgt und alle oben genannten Leistungen einschließt, erreichen, vielleicht sogar übersteigen. Dagegen fällt außerordentlich in das Gewicht, daß die Rekonvaleszenz durch die frühe Entlassung in Haus und Wirtschaft zweifellos nicht so ungestört vor sich geht, wie in der Obhut des Krankenhauses. Die Entlassung der Entbundenen am 7. bisweilen schon am 5. Tage nach der Niederkunft ist viel zu früh. Auch dann zu früh, wenn die Mutterschaftsfürsorge eingreifen und eine andere Unterbringung ermöglichen kann.

Trotz des außerordentlichen Segens, welchen die Hauspflege stiften kann, ist sie bisher von den Krankenkassen viel zu wenig geübt worden. Während auf vielen anderen Gebieten das fürsorgerische Bemühen der Krankenkassen weitsichtig und ausgreifend ist und volle Anerkennung verdient, ist auf dem Gebiete der Hauspflege noch sehr viel zu tun.

Es ist nur eine Frage der geburtshilflichen Organisation, daß dem Mütter- und vor allem dem enormen Kindersterben bei der Geburt ein Ende bereitet wird.

Hierfür glaube ich die Wege gewiesen zu haben.

Mutterschaft und Frauengesundheit sind so wertvolle Posten im volkswirtschaftlichen Getriebe, daß die Allgemeinheit es sich etwas kosten lassen muß. Das Kapital an Gesundheit, welches dadurch gewonnen wird, ist gut angelegt und trägt hohe Zinsen.

Am Sternenhimmel der geburtshilflichen Wissenschaft leuchtet gleich einem Fanal der Name Semmelweiß. Die Größe seines Gedankens ist erkannt. Er wird gefeiert als Retter der Mütter, als Wohltäter der Menschheit. Aber sein Werk ist nicht vollendet. Tausende von Müttern fallen

Digitized by Google

noch immer in Deutschland Jahr für Jahr der hohen Aufgabe der Fortpflanzung zum Opfer.

Aber nicht nur Tausende von Müttern klagen uns an. Hunderttausende von Kreuzen kennzeichnen die Gräber von Kindern, welche im Geburtsakt unter den Mängeln der geburtshilflichen Fürsorge zugrundegegangen sind.

Das zu verhüten, ist Ziel derjenigen Arbeit, welche als Mutterschaftsfürsorge zu organisieren und zu betreiben ist.

Leitsätze

1. Mit der Schwangerenberatung ist eine geburtshilfliche Auslese zu verbinden mit dem Ziele, daß die pathologischen Fälle und die voraussichtlich schwierigen Geburtsabläufe der geschlossenen Fürsorge zugewiesen werden.

2. Die Geburtsfürsorge erfordert die Bereitstellung einer genügenden Zahl von Betten in fachärztlich geleiteten Gebäranstalten.

3. Ziel der Geburtfürsorge muß die schmerzlose Entbindung sein. Vorbedingung: Gefahrlosigkeit für Mutter und Kind.

4. Ziel der Geburtsfürsorge muß ferner die aseptische Entbindung sein.

5. Besondere Fürsorge ist der unehelichen Mutter und ihrem Kinde zuzuwenden.

6. Für alleinstehende Schwangere und für Wöchnerinnen nach der Entlassung aus der Gebäranstalt ist in ausreichendem Maße geschlossene Fürsorge in Mütterheimen bereitzustellen.

7. Hauspflege muß zur Regelleistung werden.

8. Frühgeborene Kinder sind als krank im ärztlichen und versicherungstechnischen Sinne zu betrachten, auch wenn sie keine objektiven Zeichen von Krankheit zeigen.

V. Postgravide Mutterschaftsfürsorge

Die Mutterschaftsfürsorge nach der Niederkunft kann nicht besser eingeteilt werden, als Tugendreich es für die Säuglingssterblichkeit tut. Er unterscheidet folgendermaßen:

1. Die Fürsorge erfolgt, während Mutter und Säugling zusammen im eigenen Haushalt verbleiben.

2. Die Fürsorge bringt Mutter und Säugling in Einzelpflege unter.

3. Die Fürsorge bringt Mutter und Säugling zusammen in Anstaltspflege unter (geschlossene Fürsorge).

4. Die Fürsorge trennt die außerhäuslich erwerbstätige Mutter nur tagsüber von dem Säugling.

Digitized by Google

a) Der Säugling wird tagsüber in Einzelpflege versorgt.
b) Der Säugling wird tagsüber in einer Anstalt versorgt (Tageskrippen).

5. Die Fürsorge trennt den Säugling für lange Zeit von der Mutter.
a) Der Säugling wird in Einzelpflege versorgt (Kostpflege).
b) Der Säugling wird in einer Anstalt versorgt (Säuglingsheime).

Die postgravide Mutterschaftsfürsorge, umfaßt die Wochenbettfürsorge, die Stillfürsorge und die Säuglingsfürsorge. Ihre Wirkungsmittel sind in den übrigen Abschnitten dieses Buches zum größten Teil erörtert.

VI. Organe der Fürsorge

Nachdem im Vorhergehenden gezeigt wurde, daß medizinische Wissenschaft und ärztliche Erfahrung Unterbau und Rückgrat der Mutterschaftsfürsorge bilden, ergibt sich von selbst die Forderung, daß die Fürsorge getragen sein muß vom Ärztestand.

Es folgt daraus ferner, daß auch die Hilfspersonen des Fürsorgedienstes je nach ihrer Aufgabe eine entsprechende medizinische Vorbildung haben müssen. Es muß verhütet werden, daß die soziale Fürsorge wie es eine Zeitlang der Fall war, als Zeitvertreib oder Notbehelf Beschäftigung suchender Personen ohne Rücksicht auf Eignung und Vorbereitung betrachtet und in Angriff genommen wird. Es muß ferner verhütet werden, daß die Fürsorge dazu dient, eine Art Kurpfuschertum heranzuziehen. Das muß sich besonders unheilvoll auf dem Gebiete der Mutterschaftsfürsorge auswirken.

Ich habe mich stets dafür ausgesprochen, daß die Ärzteschaft in ihrer Gesamtheit an allen Fürsorgemaßnahmen beteiligt wird. Als Voraussetzung dafür allerdings betrachte ich die Aufnahme des sozialhygienischen Unterrichts in den Studienplan der Hochschulen und den Nachweis der sozialhygienischen Prüfung. Ich bin überzeugt, daß, wenn diese Studienordnung nicht eingeführt und der Nachweis der Eignungsprüfung in Sozialhygiene nicht verlangt wird, dem praktischen Arzt im Laufe des nächsten Jahrzehntes ein großer Teil ärztlicher Tätigkeit entgleiten wird. Denn in diesem Falle stehe ich nicht an, die Fürsorgemaßnahmen einem besonderen Kreis von Ärzten zuzuweisen, welche als beamtete Fürsorgeärzte den freien ärztlichen Praktikern gegenüberstehen.

Aus diesen Darlegungen geht als erste Forderung hervor, daß zum Leiter der Mutterschaftsfürsorge der Arzt berufen ist. Aber für ihn genügt nicht die übliche ärztliche Ausbildung, wie sie während des Studiums oder während der späteren Ausbildungszeit im klinischen Dienst erworben wird. Er bedarf dafür noch einer besonderen Vorbereitung:

1. In dem Fach der Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Digitized by Google

2. In der sozialen Medizin und Hygiene unter besonderer Berücksichtigung des Fürsorgewesens.
3. Er bedarf schließlich regelmäßiger Wiederholungs- und Fortbildungskurse, welche sich besonders auf die Fortschritte der fachwissenschaftlichen Kenntnisse und der sozialpolitischen Angelegenheiten erstrecken. Für diese Fortbildungskurse erachte ich die von Gottstein begründeten Sozialakademien für besonders geeignet.

Ich halte es für unbedingt notwendig, daß nur tüchtigen Fachärzten die Mutterschaftsfürsorge anvertraut wird. Das gilt sowohl für die Leitung der Anstalten der geschlossenen Fürsorge, wie Entbindungsheime, Mütterheime usw., als auch für die Leitung der Fürsorgestellen und des gesamten offenen Fürsorgedienstes. Hierfür ist der gynäkologische Praktiker am besten geeignet, wegen der ständigen Fühlungnahme mit den Menschen, welchen die Fürsorge gilt.

Bei aller Hochachtung für die Leistungen des Kreisarztes muß gesagt werden, daß seine Ausbildung allein nicht genügt, um ihn zum Hüter der Mutterschaftsleistung der Frau zu machen. Dagegen scheint er mir durchaus die geeignete Stelle zu sein, an welcher die Meldungen und Berichte zusammenfließen, bearbeitet und weiter geleitet werden. Er ist auch vermöge seiner kreisärztlichen Vorbildung die geeignete Person, um die fürsorgerischen Verhältnisse seines Bezirkes zusammenzufassen und an die Zentralstellen zu berichten.

Die Stellung des Kreisarztes zu den Wohlfahrts- bzw. Gesundheitsämtern ist verschieden. In einigen sind sie nebenamtlich als Kreiskommunalarzt tätig und leiten als solche die Gesundheitsabteilung des Kreiswohlfahrtsamtes. In anderen sind sie nur als ärztliche Berater in allen Zweigen der Fürsorge tätig. In anderen wiederum leiten sie die Fürsorgeberatungsstellen durch Untersuchung der Fürsorgebedürftigen, durch Überwachung der Fürsorgerinnen, durch hygienische Volksbelehrung usw.

Aus Zweckmäßigkeitsgründen, unter denen gedeihliche Zusammenarbeit und Kostenersparnis die wichtigsten sind, scheint sich die Regel durchzusetzen, daß dem Kreisarzt zugleich die Tätigkeit des Kommunalarztes übertragen wird. Seitens der Medizinalverwaltung wird dieses System als das beste empfohlen. Für die Großstädte dagegen wird nur der hauptamtliche Kommunalarzt als Leiter der öffentlichen Fürsorge in Frage kommen. In einigen kleineren Kreisen dagegen werden auch beschäftigte Praktiker im Nebenamt die Fürsorge versehen können.

In vielen Bezirken besteht eine Arbeitsgemeinschaft für Wohlfahrtspflege, welche der einheitlichen Durchführung der Gesundheitsfürsorge dient. Die Leitung der Gesundheitsabteilungen durch Bürobeamte, wie sie noch an vielen Stellen geschieht, ist ein Unfug, dem ein Ende bereitet werden sollte.

Digitized by Google

Für die Mutterschaftsfürsorge ist eine andere als ärztliche Leitung gar nicht diskutierbar.

Mit der Frage der Zusammenarbeit der Ärzteschaft mit der öffentlichen Gesundheitspflege hat sich der letzte Ärztetag beschäftigt. Er stimmt den mit dem Deutschen Städtetag vorbereiteten und vom Reichsstädtebund, Deutschem Landkreistag, Deutschem Landgemeindetag und Verband der preußischen Provinzen angenommenen Richtlinien über die ärztliche Zusammenarbeit in der Gesundheitsfürsorge trotz der ihnen noch anhaftenden Mängel und unter Betonung der in der Ärzteschaft noch bestehenden Bedenken zu.

Diese Richtlinien lauten:

I. Aufgabe der öffentlichen Gesundheitsfürsorge ist die biologische Überwachung der für den normalen Bevölkerungsaufbau lebenswichtigen Gruppen, soweit diese von gleichartigen biologischen Schäden bedroht werden oder besonderen sozialen oder gewerblichen Schäden ausgesetzt sind, zum Zwecke der Verhütung und Erfassung der Volkskrankheiten. Die Durchführung dieser Aufgabe erfolgt durch die Ärzte, die von den Trägern der öffentlichen Gesundheitsfürsorge vertraglich verpflichtet sind.

II. Im Gegensatz zu der gruppenmäßigen Arbeit der öffentlichen Gesundheitsfürsorge ist die ärztliche Heilbehandlung ihrem Wesen nach auf das kranke Individuum, die Fürsorge für dieses und seine Umgebung eingestellt, ganz unabhängig zu welcher bevölkerungspolitischen Gruppe oder wirtschaftlichen Schicht es gehört. Diese Tätigkeit ist Aufgabe eines freien ärztlichen Berufsstandes.

III. Sache der öffentlichen Gesundheitsfürsorge ist es, zur Erfassung der gesundheitlich fürsorgebedürftigen Personen, zur Beurteilung der erforderlichen Hilfsmaßnahmen und zur Feststellung des Seuchenherdes eigene Untersuchungen — auch schul- und gewerbehygienische Reihenuntersuchungen — vorzunehmen und für die Abstellung der erkannten Schäden zu sorgen. Die Fürsorgestellen und Fürsorgeärzte werden dabei nach bestem Vermögen Sorge tragen, daß die Bevölkerung der frei praktizierenden Ärzteschaft und ihrer Raterteilung in gesundheitlichen Fragen nicht entfremdet wird. Anderseits werden die Spitzenverbände der Ärzte dafür Sorge tragen, daß die angeschlossenen Ärztevereine die öffentliche Gesundheitsfürsorge nach jeder Hinsicht unterstützen.

IV. In allen Fällen, in denen heilärztliche Maßnahmen im Sinne des Absatzes II notwendig erscheinen, überweist die Fürsorgestelle den Erkrankten dem behandelnden Arzt. Ist ein solcher nicht vorhanden, so soll die Fürsorgestelle darauf hinwirken, daß ein Arzt in Anspruch genommen wird. Hierbei findet eine namentliche Empfehlung eines bestimmten Arztes nicht statt; die Auswahl ist dem einzelnen zu überlassen. Etwa notwendige direkte Überweisungen an Fachärzte, Krankenhäuser und Heilanstalten erfolgen — abgesehen von dringlichen Fällen — in Verbindung mit dem behandelnden Arzt, soweit ein solcher vorhanden ist. Vorwiegend gruppenmäßig durchführbare ärztliche Maßnahmen gehören hingegen zum Aufgabenkreis der Gesundheitsfürsorge.

Digitized by Google

Hierzu gehören zur Zeit Maßnahmen der Kur-, Erholungs-, Ernährungs- und Kräftigungsfürsorge.

Es ist nicht Aufgabe der Fürsorgestellen, nach Art der Behandlungsambulatorien oder Polikliniken tätig zu werden. Insbesondere soll eine Rezeptur- oder Arzneimittelabgabe in den Fürsorgestellen nicht erfolgen.

V. Bei dem Interkommunalen Ausschuß für das Gesundheitswesen soll ein gemeinsamer Ausschuß der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände und des Ärztevereinsbundes sowie des Hartmann-Bundes gebildet werden, der je zur Hälfte aus Vertretern der beiden Parteien besteht und dessen Aufgabe es sein soll, Angelegenheiten zu behandeln und zu klären, die gemeinsam das gemeindliche Gesundheitswesen und die frei praktizierende Ärzteschaft angehen und von allgemeiner Bedeutung sind. Jede der Parteien hat das Recht, den gemeinsamen Ausschuß anzurufen.

Da das Gesetz ohnehin eine Verbindung des staatlichen Medizinalbeamten, des Kreisarztes, mit den kommunalärztlichen Bereichen, also eine Personalunion beider Dienstbereiche gestattet, derart, daß der staatliche Kreisarzt die Dienstgeschäfte des Stadtarztes im Nebenamt versieht, so ist damit wenigstens in kleinen Städten und Landgebieten die Zentralisation der Fürsorge möglich. In größeren Städten und größeren Landkreisen dagegen ist eine Ämterteilung unbedingt notwendig. Dagegen kann auch hier sehr wohl der Kreisarzt die amtliche Zentrale versehen, in welcher die Meldungen zusammenlaufen, gesammelt, gesichtet und an die höheren Dienststellen weitergegeben werden.

Wenn in Landbezirken Frauenärzte fehlen, muß derjenige praktische Arzt mit der Wahrnehmung der Mutterschaftsfürsorge betraut werden, welcher die dafür vorgeschriebenen Ausbildungskurse genossen hat.

Grundsatz der Mutterschaftsfürsorge muß sein: falsche Fürsorge ist schlechter als gar keine.

Ohne gründliches Wissen soll und kann weder der Heilarzt noch der Fürsorgearzt tätig sein. Sein unaufhörliches Bestreben muß dahin zielen, das Wissen zu mehren und zu vertiefen. Aber das Wissen allein macht es nicht. Es schwingt da noch ein Unterton mit, welcher aus der Melodie des Herzens kommt und für welchen es oft schwer ist, die wissenschaftliche Analyse zu finden, und der darum doch nicht minder wahr und wertvoll ist. Es bedarf eines gehörigen Zuschusses aus jenen Quellen des menschlichen Wesens, wo nicht der Verstand herrscht, sondern das Gefühl, das Mitleid, die Gabe der Einfühlung, des Einlebens in die Welt des Mitmenschen, wo die Hoffnung blüht und Kraft verleiht, wo der Mut zum Opfer und zur Hingabe wächst, kurz wo Optimismus und Ideale wohnen.

Das gilt nicht allein für den Arzt als leitende Person, sondern auch für die Hilfsorgane der Fürsorge: Hebamme, Kreisfürsorgerin, Bezirksfürsorgerin, Familienfürsorgerin, Krankenpflegerin und Fabrikfürsorgerin. —

Digitized by Google

Ähnlich wie der Beruf der Fürsorgerinnen anderer Fürsorgezweige sich aus dem Kreis der Pflege- und Krankenschwestern entwickelt hat, so weist der der Mutterschaftsfürsorgerin auf die Hebamme als die dafür geschaffene Berufsperson hin. Sie ist von jeher die Vertraute der Mütter und steht am frühesten und engsten mit ihnen und ihren Kindern in Verbindung. Ausbildung und Erfahrung machen sie dafür durchaus geeignet. Was ihr fehlt, muß durch Unterricht an einer sozialen Schule nachgeholt werden.

Das Hebammenwesen ist seit langem und noch immer das Schmerzenskind der Medizinalverwaltung. Es ist uns heute unbegreiflich, daß trotz jahrzehntelang beklagter Mißstände die Staatsregierung in den Vorkriegszeiten des Wohlstandes sich niemals entschließen konnte, die für eine Reform des Hebammenwesens notwendigen Geldmittel zur Verfügung zu stellen. Die große Bedeutung des Hebammenberufes für das Wohl der Mütter und ihrer Neugeborenen macht es nach wie vor notwendig, nicht nur die Leistungen der Hebammen durch bessere Ausbildung zu erhöhen, sondern die Organisation des Hebammenberufes durch zweckentsprechende Verteilung über Stadt und Land, durch Sicherung der wirtschaftlichen Existenz, durch staatliche Aufsicht und vor allem durch Einordnung seiner Kräfte in die Mutterschaftsfürsorge zu vervollkommnen.

Auf Grund des Hebammengesetzes vom 31. 12. 1922 ist den Hebammen eine Dienstanweisung gegeben worden, die eine Ergänzung und Erweiterung der im Jahre 1905 ihnen zugewiesenen Dienstanweisung darstellt. Für die Mutterschaftsfürsorge wichtig aus ihren 40 Paragraphen sind die Bestimmungen über die Desinfektion der Hebammen bei der Versorgung Gebärender und Wöchnerinnen, über die Anzeigen zur Herbeirufung ärztlicher Hilfe, über die Operationsbefugnis und über ihre Pflicht zur Anzeige an den Kreisarzt bei Fieber im Wochenbett, bei ansteckenden Krankheiten der Wöchnerin, bei plötzlichen Todesfällen, bei Erkrankung der Neugeborenen und schließlich bei ansteckenden Krankheiten der Hebammen selbst.

Daneben ist die Beaufsichtigung der Hebammen durch den Kreisarzt geregelt, welche sich nicht nur auf die Instrumente und Tagebücher, sondern auf die gesamte Berufstätigkeit der Hebammen erstreckt und regelmäßige Besichtigungen vorsieht. Darüber hinaus aber ist der Kreisarzt auch zum Berater der Hebammen eingesetzt.

Die Gesamtausbildung der Hebammen ist durch Gesetz vom Jahre 1923 auf 18 Monate festgesetzt. Hierdurch sollte die Gewähr geschaffen werden, daß die Hebammen mit der Geburtshilfe, der Asepsis, der Pflege der Wöchnerin und des Neugeborenen und mit allen Regelwidrigkeiten und Krankheiten bekannt und zum selbständigen Urteil befähigt würden. Dieser Erfolg sollte gefestigt werden durch die in 5jährigen Intervallen vorgeschriebene Teilnahme an einem mehrwöchigen Fortbildungslehrgang in den

Digitized by Google

Hebammenlehranstalten, deren Kosten aus öffentlichen Mitteln bestritten werden und durch die alle 2 Jahre abzulegende Nachprüfung vor dem Kreisarzt in Gegenwart eines Hebammenlehrers.

Im Interesse der Mutterschaftsfürsorge muß verlangt werden, daß diesem Ausbildungsplan auch der Unterricht im Fürsorgewesen eingefügt wird.

Ansätze dazu, die Hebammen in den Fürsorgedienst einzuspannen, sind seit langem vorhanden und auch im Gesetz zum Ausdruck gebracht.

Das Preußische Hebammengesetz vom 31. 12. 1922 sagt in seinem

§ 1: Jeder Frau in Preußen steht das Recht auf Hebammenhilfe zu. Diese erstreckt sich auf die Beratung und Hilfe in der Schwangerschaft, Hilfe bei Störungen in der Schwangerschaft, Hilfe bei der Geburt, Versorgung der Wöchnerinnen im Wochenbett und der Neugeborenen sowie auf Beratung beim Stillen der Kinder.

§ 11 lautet:

Die Hebamme ist verpflichtet, alle in ihre Berufsgeschäfte fallenden Aufgaben nach Maßgabe der Dringlichkeit und unter Befolgung der hierzu vom Minister für Volkswohlfahrt erlassenen Vorschriften gewissenhaft auszuführen. Sie hat insbesondere folgende Berufspflichten zu erfüllen:

a) Beratung von Schwangeren und Ausübung der Geburtshilfe.
b) Versorgung der Wöchnerinnen und neugeborenen Kinder.
c) Förderung der natürlichen Ernährung der Säuglinge.
d) Mitwirkung bei der Säuglingsfürsorge nach Maßgabe des örtlichen Bedürfnisses.

Nach amtlichen Mitteilungen kommen in Preußen immer noch viele Frauen ohne sachverständigen Beistand nieder. Ihre Zahl betrug:

1905	1907	1922
12.8%	10.05%	15% der Wöchnerinnen.

In manchen preußischen Regierungsbezirken sind die Verhältnisse noch ungünstiger: Gumbinnen, Danzig, Marienwerder, Köslin, Bromberg, Landespolizeibezirk Berlin, besonders schlecht in Allenstein, wo die Ziffer 40.1% betrug.

Danach könnte es den Anschein haben, als sei die Zahl der Hebammen zu gering. Das wäre ein verhängnisvoller Irrtum.

Es gab Hebammen in Preußen:

1923	17189
1924	16823
1925	16465
1926	16061
1927	15943
1928	15956

Wie sind diese Hebammen beschäftigt?

Es steht mir aus dem Jahre 1925 eine Aufstellung für Preußen zur Verfügung. In diesem Jahre fanden 724940 Entbindungen statt. Ziehen wir

Digitized by Google

davon 6.4% ab, welche in Entbindungsanstalten vor sich gingen, so verbleiben 678544 Entbindungen, welche sich auf 16465 Hebammen verteilen. Demnach kommen auf jede Hebamme 41.2 Entbindungen im Jahre, also etwas mehr als 3 Entbindungen im Monat. Diese Ziffer ist hoch gegriffen, da die Privatkliniken nicht berücksichtigt sind, welche in den Städten einen nicht unbeträchtlichen Teil der niederkommenden Frauen, vorwiegend der zahlungsfähigen Klientel, aufnehmen. Dafür hat allerdings ein Teil der 6.4% in Anstalten Entbundenen im Anfang der Geburt in Obhut der Hebamme gestanden. Rechnet man im Durchschnitt M. 40.— Honorar für die Entbindung, so entfällt auf die Hebamme ein Jahresverdienst von M. 1600.

Das ist der allgemeine Durchschnitt. In den Städten ist die Lage der Hebammen weit schlechter. Ganz besonders elend in Berlin. Ich stelle hier aus dem Hebammenbuch einer sehr tüchtigen, im dichtbevölkerten Arbeiterviertel von Berlin wohnenden tatkräftigen Hebamme die Geburtenziffern zusammen:

1905—1909	93	jährlich
1910—1914	60	„
1915—1919	14	„
1920—1924	22	„
1925—1927	18	„

Also in 20 Jahren ein Absinken auf den fünften Teil.

Ist das überhaupt noch eine Existenz? Ist das erhaltenswert? Kann man dafür das Opfer einer $1^1/_2$jährigen Ausbildungszeit verlangen? Die Mutter dieser Hebamme hatte noch die sechs- und achtfache Zahl. Wie da zu helfen ist, mögen Berufene entscheiden.

Also Hebammen sind mehr als genug vorhanden. Wenn trotzdem noch ein erheblicher Teil der Gebärenden ohne Sachverständigenbeistand ist, so liegt das an der ungleichmäßigen und schlechten Verteilung.

Hier muß die Mutterschaftsfürsorge durch Bereitstellung sachverständiger Hilfe eingreifen. Das Reichshebammengesetz bietet dazu die Handhabe, indem es in den schlecht versorgten Gebieten die Anstellung von Bezirkshebammen gestattet.

Sie hat aber zugleich die Möglichkeit, der Hebamme Ersatz für den außerordentlichen Ausfall an geburtshilflicher Beschäftigung zu bieten, indem sie sie in die Schwangerenfürsorge vor der Geburt und in größerem Ausmaße als bisher über die Wochenbett- und Neugeborenenzeit hinaus in die Säuglingsfürsorge einspannt.

§ 13, Absatz 1 und 2 der Dienstanweisung für die in preußischen Staatsdiensten tätigen Hebammen bestimmt, daß die Hebamme, soweit es ohne Beeinträchtigung der Fürsorge für Schwangere, Gebärende und Wöchne-

Digitized by Google

rinnen angängig ist, berechtigt, und daß die Bezirkshebamme, welche nicht mehr als 20 Entbindungen im Jahre hat, verpflichtet ist, auf Ansuchen der Kreise bei der Säuglingsfürsorge mitzuwirken.

Diese Tätigkeit der Hebammen hat sich durchaus bewährt. Ihre Ausbildung hierin ist durch die Verordnung vom 3. 1. 1927 geordnet, und es scheint auf Grund der Prüfungsergebnisse, daß sie genügt.

Die Mitwirkung der Hebammen ist besonders auf dem Lande von Nöten, während in der Stadt das Fürsorgesystem durch eine genügende Anzahl von Bezirksfürsorgerinnen gedichtet ist.

In Mittelfranken zum Beispiel in den Kleinstädten und in den Landbezirken sind, wie Heydner[1] berichtet, die Hebammen verpflichtet, die Säuglinge, welchen sie zur Welt verholfen haben, alle 2—4 Wochen zu besuchen, bis die Kinder das 1. Lebensjahr vollendet haben. Diese Tätigkeit wird vom Bezirksarzt überwacht, welcher die Eintragungen der Hebammen in die Listen alle 3 Monate prüft und ergänzt. Diese Ordnung hat sich bewährt. Die Stillziffer ist von 50—60% im Jahre 1912 auf 90—95% im Jahre 1929 gestiegen, die Säuglingssterblichkeit von 20% vor dem Kriege auf 8.2% im Jahre 1928 gesunken.

Die Entlohnung, welche aus freiwilligen Geldern der Kreise stammt, beträgt im Durchschnitt M. 20.— bis M. 40.— jährlich. Es kann natürlich keine Rede davon sein, daß die Tätigkeit damit bezahlt ist. Mit dieser Art der Gegenleistung für erfüllte Pflicht sollte endgültig gebrochen werden.

Von der organischen Einspannung der Hebammen in die Mutterschaftsfürsorge hätten beide Teile entschiedenen Vorteil. Die Fürsorge, weil sie eine Kategorie von Mitarbeiterinnen erhält, welche durch ihre Berufsausbildung für die Mutterschaftsfürsorge die besten Vorbedingungen mitbringt. Die Hebamme, weil ihrem jetzt schwer mit der Existenz ringenden Stand ein neues lohnendes Betätigungsgebiet eröffnet wird.

Nicht nur auf dem Lande, sondern auch in Großstädten findet sie ein gutes Feld der Tätigkeit. Wenn in Berlin zum Beispiel nur 70% der fürsorgebedürftigen Schwangeren erfaßt sind, so könnte diese Zahl unter Mitwirkung der Hebamme auf 100 aufgefüllt werden.

Die Beteiligung der Hebammen an der praktischen Säuglingsfürsorge ist schon heute erfreulich groß. In Preußen standen im Jahre 1928 den Fürsorgeärzten 2075 Hebammen helfend zur Seite. Besonders eifrig sind die jungen Jahrgänge beteiligt, was als Folge ihrer im neuen Geist erfolgten Ausbildung zu betrachten ist. Daraus kann auch die Mutterschaftsfürsorge günstige Aussichten ableiten. Es scheint mir aber notwendig, daß die

[1] Heydner: Mitwirkung der Hebammen in der Säuglingsfürsorge. Blätter f. Gesundheitsfürsorge 7. Jahrg., 2. Heft.

Digitized by Google

Fürsorgetätigkeit der Hebammen nicht so wie jetzt der Laune des Zufalls oder dem wechselnden Belieben ausgesetzt ist, sondern planmäßig organisiert wird. Derart, daß diejenigen Hebammen, welche sich der Mutterschaftsfürsorge zu widmen beabsichtigen, schon durch Ausbildung und Prüfung dafür vorausbestimmt und vertraglich angestellt werden.

Ohne Ausbildung geht es nicht. Die sozialhygienischen Methoden der frühzeitigen Erkennung, Vorbeugung und Behandlung, die Beachtung der äußeren Umstände, der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Lage der Familien: alles das muß gelernt werden.

Die Ausbildung der Hebammen beträgt 18 Monate in Preußen, 9 Monate in Bayern, Württemberg, Baden, Hessen, Braunschweig, Mecklenburg, ein Jahr in Sachsen, Thüringen und Hamburg. Es wird notwendig sein, der bisherigen Ausbildung eine solche im Fürsorgewesen hinzuzufügen.

Neben der Hebamme steht die Fürsorgerin der Gemeinde oder des Kreises.

Vorbedingung ist der Besuch und die Abschlußprüfung einer sozialen Frauenschule nach 2jähriger theoretischer und praktischer Ausbildung. Neben diesen Lernbedingungen sind solche des Charakters erforderlich, wie Takt, Einfühlungsvermögen, Eifer und Begeisterung für die Sache.

Ob man die Fürsorgerin für bestimmte Fächer, also z. B. für die Mutterschaftsfürsorge, heranbildet oder die Bezirks- oder Familienfürsorgerin vorzieht, ist noch eine ungelöste Frage. Für letztere spricht mancherlei, vor allem das Ineinandergreifen der verschiedensten Fürsorgezweige (Schwangerschaft-, Tuberkulose-, Syphilis-, Trinker-, Erholungsfürsorge).

Neben den Berufsfürsorgerinnen wird man ehrenamtliche Helferinnen, besonders für diejenigen Fälle, in welchen eine ständige Überwachung ganzer Familien notwendig ist, nicht entbehren können.

Hier setzen die fürsorgerischen und pflegerischen Organisationen konfessionellen Charakters ein, worunter besonders zu nennen sind:

1. Die evangelische Frauenhilfe, welche 500 Vereine mit einer Million Mitgliedern umfaßt, die als ländliche Gemeindehelferinnen tätig sind.

2. Die evangelische innere Mission, deren zirka 70 Diakonissenhäuser mit 25000 Diakonissen im Kaiserswerther-Verband zusammengeschlossen sind.

3. Die katholischen Orden, deren Tätigkeit in der Schwangerschaftsfürsorge leider dadurch gehemmt ist, daß den meisten katholischen Schwesternschaften die Pflege der Wöchnerinnen in den ersten Tagen nach der Entbindung verboten und erst vom 3. Tage ab erlaubt ist.

4. Die jüdischen Schwesternschaften.

5. Die Frauenvereine im Verbande des Roten Kreuzes.

Die Obliegenheiten der Fürsorgerin sind zweierlei Art:

Digitized by Google

1. Innendienst: Tätigkeit in der Mutterschaftsfürsorgestelle unter Leitung des Fürsorgearztes.
   a) Vorbereitung zur ärztlichen Schwangerenuntersuchung.
   b) Aufzeichnung der Schwangerschaftsvorgänge (Anamnese usw.).
   c) Führung der Listen.
   d) Belehrung der Schwangeren über allgemeine Hygiene der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbettes, über das Recht auf Wochenhilfe und Arbeitsruhe, über Beschaffung der Wochenkörbe, über das Recht der Unehelichen usw.

2. Außendienst durch Hausbesuche. Diese Hausbesuche bei Schwangeren und Wöchnerinnen haben zum Ziele: Beaufsichtigung und hygienische Belehrung zur Vermeidung von Gesundheitsschäden im Hause, Vorbereitung für die Niederkunft im Hause, Beschaffung von Erleichterungen in der Berufsarbeit und in der Hauswirtschaft, Fürsorge im Falle der Erkrankung und schließlich Beurteilung der häuslichen Verhältnisse mit Bezug auf ansteckende Krankheiten (besonders Tuberkulose und Syphilis) und in bezug auf die Aussichten der häuslichen Geburt. Über alle diese Dinge ist dem Fürsorgearzt und der Fürsorgestelle Bericht zu erstatten (Familienfürsorge).

Welche hohe Bedeutung gerade diese Hausbesuche haben, beleuchtet die Tatsache, daß mehrfach Frauen angetroffen werden, welche die Frucht abgetrieben haben, fiebernd im Bette liegen und durch schnellste Überführung in geschlossene Fürsorge gerettet werden.

Diese Dienstobliegenheiten eröffnen einen Einblick in die Notwendigkeiten der beruflichen Ausbildung der Fürsorgerinnen. Sie wird sich auf folgende Gebiete zu erstrecken haben:

1. Die Physiologie der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes, ihres Verlaufes und ihrer Pflege.
2. Säuglingspflege.
3. Pathologie: Störungen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.
4. Soziologie: Bedeutung der Umweltbedingungen.
5. Rechtliches: Mutterrecht und Kindesrecht mit besonderem Bezug auf die Unehelichkeit.
6. Versicherungswesen: Ansprüche von Mutter und Kind an die Versicherungsträger.
7. Offene und geschlossene Fürsorge.

Die Gesundheitsfürsorge hat in immer steigendem Maße die Medizinalverwaltung beschäftigt.

Um für die Durchführung der fürsorgerischen Maßnahmen ein tüchtiges Personal heranzubilden, haben sich einheitliche Vorschriften für die staatliche Prüfung der Fürsorgepersonen als notwendig erwiesen. Der Erlaß des

Digitized by Google

Ministers des Innern vom 11. 9. 1918 sieht eine staatliche Prüfung an staatlich anerkannten Wohlfahrtsschulen, sozialen Frauenschulen oder ähnlichen Unterrichtsanstalten vor. An die Stelle dieses ersten Versuches, welcher durch die Kriegsverhältnisse beeinflußt war, traten alsbald die Vorschriften über die staatliche Prüfung der Wohlfahrtspflegerinnen vom 22. 10. 1920.

Die Prüfung erstreckt sich auf allgemeine Fächer und auf Hauptfächer. Als Hauptfach kann Gesundheitsfürsorge, Jugendwohlfahrtspflege oder allgemeine und wirtschaftliche Wohlfahrtspflege gewählt und dementsprechend der Nachweis der fachwissenschaftlichen Berufsschulung erbracht werden. Die Dauer der Ausbildung beträgt 2 Jahre.

Diejenigen, welche das Hauptfach Gesundheitsfürsorge wählen, müssen eine mindestens einjährige Tätigkeit an einer staatlich anerkannten Kranken- oder Säuglingspflegeschule nachweisen. Der Prüfung folgt ein praktisches Jahr in der Fürsorge, entsprechend dem gewählten Hauptfach, in der Gesundheits-Jugendwohlfahrts- oder allgemeinen Fürsorge. Erst danach erfolgt die staatliche Anerkennung. Durch Erlaß vom 9. 8. 1923 werden die Wohlfahrtsschulen angehalten, sich auf eine vermehrte Ausbildung von Wohlfahrtspflegerinnen für das Hauptfach Gesundheitsfürsorge einzustellen.

Gegenüber dieser Bestimmung stelle ich als wichtigste Frage diejenige zur Erörterung, ob es nicht ratsam erscheint, das Hauptfach der Gesundheitsfürsorge weiter zu spezialisieren. Nicht während des Lehrganges, sondern während des praktischen Jahres. Etwa derart, daß die zweite Hälfte des praktischen Jahres in demjenigen Fürsorgezweig verbracht werden muß, welchem sich die Fürsorgerin zu widmen beabsichtigt. Also etwa dem der Tuberkulosefürsorge, der Krüppelfürsorge usw. Vom Standpunkt der Mutterschaftsfürsorge aus jedenfalls ist dieser Vorschlag nachdrücklich zu erheben.

Ich bin der Meinung, daß die Mutterschaftsfürsorge als ein besonderes Hauptfach aus dem der Gesundheitsfürsorge, in welchem sie bisher untergebracht ist, herausgenommen werden sollte.

Ferner müssen die Bestimmungen der Vorbildung, der Ausbildung und der Prüfung, wie sie bisher für Hebammen und Fürsorgerinnen bestehen, zweckentsprechend vereinigt werden.

Diese Bestimmungen aber sollen nicht für alle Hebammen, sondern nur für diejenigen gelten, welche sich neben ihrem Hebammenberufe der Mutterschaftsfürsorge zu widmen wünschen. Das Regulativ im einzelnen auszuarbeiten, ist Sache der dafür kompetenten Stellen.

Zum mindesten in den Großstädten scheint mir die Spezialisierung der Fürsorgerin geboten. Entschließt man sich, die Mutterschaftsfürsorge den Hebammen zu übergeben, was ich für das naheliegende und beste

Digitized by Google

halte, so ergibt sich die fachliche Abgrenzung der Mutterschaftsfürsorge von selbst.

In Preußen wurden 1928: 2919 Fürsorgerinnen angestellt: 2244 bei den Wohlfahrtsämtern und 675 bei den Gesundheitsämtern. Es ist schwer zu sagen, wie groß man den Kreis der auf eine Fürsorgerin entfallenden Personen ziehen soll. Bemißt man ihn mit 10000, wie die preußische Medizinalverwaltung es tut, was mir aber viel zu viel erscheint, so sind in Preußen 1000 Fürsorgerinnen zu wenig.

Allerdings wird die Fürsorge auf dem Lande vielfach von der Gemeindeschwester im Nebenamt versehen.

Die Zahl der Gemeindeschwestern betrug in Preußen:

	1926	1927	1928
	9561	9956	10892
davon staatlich anerkannt	5947	6252	7120

Bei ihrer Ausbildung sollte in Zukunft die soziale Fürsorge mehr berücksichtigt werden. Es sollte durch ein strenges Reglement der Gefahr der Kurpfuschertätigkeit der Gemeindeschwestern vorgebeugt werden. Im Jahre 1928 wurde in Preußen aus 10 Kreisen Klage darüber geführt.

Die Mutterschaftsfürsorge in den Rahmen der Familienfürsorge einzuspannen halte ich für falsch. Die Familienfürsorge hat zwar den großen Vorteil der Zentralisierung aller Fürsorgezweige und bietet daher verwaltungstechnisch unleugbare Vorteile. Aber der Schutz der Fortpflanzungsleistung der Frau erfordert doch eine solche fachliche Bildung und Erfahrung, daß die Familienfürsorge nur dann und ausnahmsweise zugestanden werden kann, wenn die frauenärztliche Mitwirkung darüber nicht zu kurz kommt.

Die Lernmöglichkeiten sind so sehr auf einen Zweig der Fürsorge, wie zum Beispiel den der Tuberkulose, der Säuglings- und Mutterschaftsfürsorge abgestellt, daß sie für alle Zweige der Fürsorge nicht ausreichen.

Aber ich glaube, daß diese Frage sich richten wird nach der weiteren Entwicklung der gesamten Fürsorge. Ihr Ziel muß entschieden die Aufnahme der sozialen Fürsorge durch die Gesamtheit der Ärzteschaft sein. Dadurch würde auch der die Gemüter so erregende Widerstand der Ärzte gegen die behandlerische Tätigkeit der Fürsorgestellen gegenstandslos werden. Wie die Dinge heute liegen, scheint mir die Forderung der Ärzte wohl berechtigt, daß die Fürsorgestellen keine Behandlung treiben sollen. Diese Grenzziehung aber darf nicht übertrieben werden. Wohl sei zugestanden, daß Behandlungskuren in den Fürsorgestellen nicht durchgeführt werden dürfen. Jedoch wird häufig Beratung und Behandlung als Einzelvorgang nicht zu trennen sein. —

Digitized by Google

Um die Fürsorgepersonen auf der Höhe der Kenntnisse zu halten, ist eine fortgesetzte Fortbildung in der Mutterschaftsfürsorge notwendig. Sie geschieht durch:

1. Fortbildungsvorträge für praktische Ärzte.

2. Systematische Belehrung der beamteten Ärzte in Fortbildungskursen an Hebammenlehranstalten durch

a) theoretische Vorträge,

b) praktische Übungen in der geburtshilflichen Diagnostik und Prognostik.

c) Filme.

3. Fortbildung der Hebammen.

4. Hygienische Volksbelehrung. Diese hat durch den gemeinsamen Erlaß der Ministerien für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung und für Volkswohlfahrt vom 10. 2. 1926 eine mächtige Förderung erfahren. Die hygienische Volksbelehrung wird getragen von den Wohlfahrtsämtern, Krankenkassen, vom Roten Kreuz und anderen Vereinen. Als Lehrmittel und Lehrkräfte dienen besonders geeignete Fachärzte, Merkblätter, Lichtbildvorführungen, Wanderausstellungen (Hygienemuseum).

Auch die Beamtenschaft, so weit sie an den Bezirksämtern tätig ist, muß an der Mutterschaftsfürsorge beteiligt und durch entsprechenden Unterricht dafür geeignet gemacht werden.

Zur Ausbildung und Fortbildung in der Gesundheitsfürsorge ist von der Arbeitsgemeinschaft sozialhygienischer Reichsverbände die deutsche Gesundheitsfürsorgeschule ins Leben gerufen worden, welche an das Kaiserin Augusta-Viktoria-Haus in Charlottenburg angeschlossen ist.

Das Kaiserin Augusta-Viktoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit ist in Deutschland das Zentralinstitut, welches sowohl der Forschung wie der Belehrung und der Fürsorge dient. Dem entspricht auch seine Anlage und seine Einteilung in Krankenhaus, Laboratorium, Musterstall und Museum für Säuglingskunde. Es ist zugleich staatliche Säuglingspflegeschule mit einem besonderen Lehrgang für leitende Posten. Es ist ferner Fortbildungsanstalt für Ärzte, gewerbliche Schullehrerinnen und Fortbildungsschülerinnen usw. Es erteilt schließlich Mutterschulkurse und veranstaltet Wanderausstellungen unter dem Titel „Mutter und Kind."

Die Personen der Mutterschaftsfürsorge, deren Spitzenorganisationen mit den kommunalen, ländlichen und staatlichen Gesundheitsämtern in Verbindung stehen, sind den jeweiligen örtlichen Fürsorge- und Beratungsstellen als ausführende Organe zugeteilt und unterstellt.

Diese örtlichen Fürsorgestellen stehen ihrerseits im gradlinigen Arbeitsverkehr mit den Fürsorgeämtern der Stadt und des Landes und mit den örtlich nächsten Anstalten der geschlossenen Fürsorge.

Digitized by Google

Die Mutterschaftsfürsorgestelle hat mit dem Einzelfalle der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerin zu tun. Sie dient der Diagnose, Beratung, Überwachung, soweit sie Mittel der Vorbeugung sind. Die vorbeugende Arbeit gilt sowohl der gesunden als auch der kranken Schwangeren, sozialen Gruppen und ganzen Volksteilen.

Bei der Beratung der kranken Schwangeren ist die Tätigkeit der Fürsorgestelle auf Erkennung, Aussonderung und Überweisung an die zuständige Stelle, den Arzt, beschränkt, welcher für die Dauer der Krankheit die Sorge um das Wohl der Frau übernimmt. Trotz Überweisung aber muß die Fürsorgestelle die Verbindung mit der Schwangeren aufrecht erhalten und die Fürsorge von neuem übernehmen, sobald die Krankheit behoben ist. Grundsatz muß sein, daß die Fürsorgestelle keine Heilbehandlung ausführt.

Es muß danach gestrebt werden, daß alle Schwangeren die Fürsorgestelle aufsuchen und mit ihr in Verbindung bleiben, bis das Wochenbett abgelaufen ist, und die Mutterschaftsfürsorge ihre Arbeit getan hat oder von anderen Fürsorgezweigen abgelöst wird.

Die Aufgaben der Fürsorgestellen sind:

I. Ärztliche Diagnose.

1. Vorgeschichte: überstandene Krankheiten, Entwicklung und Verlauf der Menstruation, Fehlgeburten, Frühgeburten, Niederkünfte, Wochenbetten (Fragebogen).
2. Feststellung der Schwangerschaft (Kindeslage, Größenverhältnis, Geburtswege). Gesundheitlicher Zustand der Schwangeren: Organdiagnose, Konstitutionsdiagnose.
3. Beaufsichtigung und Beurteilung des Schwangerschaftsverlaufes.
4. Beurteilung des voraussichtlichen Geburtsverlaufes, Entscheidung über häusliche oder klinische Niederkunft.

II. Soziale Diagnose.

1. Prüfung der gewerblichen und hausfraulichen Tätigkeit mit Bezug auf Schädigung von Mutter und Kind: Art der Arbeit, Arbeitszeit, Körperhaltung (sitzen, stehen, laufen, hochreichen, rückwärts- und vorwärtsbeugen). Einstellung der Arbeit: wann und warum.
2. Prüfung der wirtschaftlichen Lage und der häuslichen Verhältnisse mit Rücksicht auf die Möglichkeit erfolgreicher Hausgeburt.

III. Hygienische Belehrung.

Sie muß zum Ziele haben, die Kenntnis der menschlichen Fortpflanzung zu verbreiten und das Verantwortungsgefühl für die Gesundheit und Hoheit der Mutterschaft zu wecken.

Sie hat zum Gegenstand:

Digitized by Google

1. Die Hygiene des weiblichen Körpers:
   a) Ernährung.
   b) Körperpflege: Sauberkeit, Baden, Waschen, Scheidenspülungen, Pflege der Brust, Stilltätigkeit.
   c) Leibesübungen: Schwimmen, Rudern, Sport, Luft- und Sonnenbäder, Gymnastik.
   d) Kleidung: Strumpfband, Mieder. Leibbinde, Absätze usw.
2. Die Hygiene der Wohnung (Entstaubung, Lüftung, Anordnung der Möbel für die Hausgeburt).
3. Hygiene des Sexuallebens (Menstruation, Eheleben, Geburtenregelung).
4. Die Hygiene der Schwangerschaft und des Wochenbettes, Gefahren der Schwangerschaftsunterbrechung, insbesondere der verbotenen. Säuglingspflege.
5. Störungen der Schwangerschaft und des Wochenbettes: Krampfadern, Schwellung der Beine, Kindsbewegung, Blutabgang, Blasensprung usw.
5. Arbeits- und Beschäftigungshygiene.

   Als Mittel der Aufklärung kommen in Betracht: Merkblätter, belehrende Vorträge, Filme, Unterricht in Volkshochschulen, Lehrkurse in Fabriken, Handelshäusern und Fortbildungsschulen, Ausbildung der Lehrerinnen in der Hygiene des weiblichen Fortpflanzungslebens.

IV. Rechtliche Belehrung.
1. Beratung über Ansprüche an Versicherungsträger und Kommunen, über Wochenhilfe und Arbeitsruhe und andere fürsorgerische Möglichkeiten, insbesondere Hinweis auf die Vorteile der freiwilligen Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse im Falle vorzeitiger Arbeitsniederlegung.

V. Fürsorgerische Maßnahmen.
1. Beschaffung von Arbeitserleichterungen und Hauspflege.
2. Verabfolgung von Wochenbettpackungen, Stärkungsmitteln usw. Bettwäsche, Säuglingswäsche[1].

[1] In dem Wochenbetthilfskasten der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin befinden sich: 2 mal 250 g Verbandwatte, 1 mal 250 g Verbandwatte steril, 25 g Mulltupfer, 20 mal 20 steril, 2 Idealbinden, 6 cm breit (für den Nabel), 200 g Alkohol, 70%, 2 mal 100 g Lysoform (zur Desinfektion), 1 m Gummibettstoff. — Die Wanderkörbe enthalten: 1 Matratze mit Keilkissen (Seegrasfüllung), 1 Gummituch, 1 Bezug für den Korb, 1 Badetuch, 6 Windeln, 3 Unterlagen, 4 Jäckchen, 4 Hemdchen, 2 Kleidchen, 1 Cape, 1 Hemd für die Mutter, 2 Wickeltücher, 1 Mützchen, 1 Grammflasche, 1 Sauger, 1 Stück Seife, 1 Paket Sicherheitsnadeln. Sie werden leihweise und unentgeltlich von den Fürsorgestellen in Berlin ausgegeben.

Digitized by Google

3. Überweisung in geschlossene Fürsorge: Mütterheime, Entbindungsanstalten und an offene Fürsorgestellen anderer Art: Tuberkulose, Syphilis usw.
4. Herrichtung des Wöchnerinnenzimmers für Hausgeburt.

VI. Auskunft und Unterstützung von Behörden, Ärzten und Publikum in allen Angelegenheiten der Mutterschaftsfürsorge.

VII. Zusammenarbeit mit anderen Fürsorgezweigen und -organisationen, Ärzten und Behörden.

Am Ende des Jahres 1927 bestanden in den Städten und Kreisen Preußens Fürsorgestellen:

	1928	1927
für Ehekanditaten	224	204
„ Schwangere	898	643
„ Säuglinge	2998	2964
„ Kleinkinder	1517	1593
„ Tuberkulöse	1322	1255
„ Krüppel	675	651
„ Geschlechtskranke	446	402
„ Psychopathen	339	281
„ Kriegsbeschädigte	543	557
„ Trinker	277	320

Man bedenke die geringe Zahl der Schwangerenfürsorgestellen im Vergleich zu denen für Säuglinge und Kleinkinder.

Im Jahre 1928 sind im Deutschen Reiche 5173 Säuglingsfürsorgestellen und 2151 Schwangerenfürsorgestellen vorhanden gewesen. Von diesen entfallen auf Preußen 3230 bzw. 1509. Die Ungleichmäßigkeit ihrer Verteilung über Stadt und Land entnehme ich folgender Zusammenstellung von Alice Vollnhals:[1]

A. Preußische Provinzen:	Säuglingsfürsorge	Schwangerenfürsorge
Berlin	77	53
Brandenburg	178	112
Pommern	117	50
Grenzmark	13	—
Hannover	209	89
Hessen-Nassau	227	147
Hohenzollern	5	2
Ostpreußen	133	79
Rheinprovinz	1098	584
Sachsen	376	113
Niederschlesien	288	90
Oberschlesien	96	9
Schleswig-Holstein	90	38
Westfalen	323	143
Preußen insgesamt	3230	1509

[1] Jahrb. d. Krankenversicherung 1928.

Digitized by Google

B. Länder:

	Säuglingsfürsorge	Schwangerenfürsorge
Anhalt	46	12
Baden	206	51
Bayern	334	84
Braunschweig	36	10
Bremen	2	2
Hamburg	44	3
Hessen	145	2
Lippe-Detmold	37	23
Lübeck	6	—
Mecklenburg-Schwerin	34	—
Mecklenburg-Strelitz	4	2
Oldenburg	10	—
Sachsen	637	360
Schaumburg-Lippe	2	—
Thüringen	306	60
Württemberg	94	33
Insgesamt	1943	642
Preußen	3230	1509
Deutschland insgesamt	5173	2151

C. Verschiedene Großstädte:

	Säuglingsfürsorge	Schwangerenfürsorge
Berlin	77	53
Breslau	9	2
Essen	12	—
Frankfurt a. Main	24	3
Königsberg i. Preußen	11	2
Leipzig	19	16
München	19	4

Die Zahl der Fürsorgestellen wird von der Dichte und dem Wohlstand der Bevölkerung abhängig sein. Es ist unmöglich, eine Ziffer anzugeben, weil örtliche Verhältnisse maßgebend sind. Man kennt wohl die Zahl der jährlichen Geburten, aber nicht die Zahl der im Jahre vorhandenen Schwangerschaften und Fehlgeburten. Es werden erst Erfahrungen am Ort der Fürsorgestelle gesammelt werden müssen, um den ausübenden Apparat zu bemessen.

Die Fürsorgestellen werden am besten besonderen Anstalten und Betrieben angeschlossen: Krankenhäusern, industriellen Großbetrieben, Schulen.

Man muß als ihren Ort Stellen wählen, auf welche das Interesse der Öffentlichkeit ohnehin gerichtet ist. Wenn man diesen Grundsatz für alle Zweige der Fürsorge durchführt, wird man dahin kommen können, für alle Angelegenheiten der Volksgesundheit, der Volkserziehung, des Arbeitslebens Zentralstellen zu schaffen, welche allmählich zu geistigen Mittelpunkten

Digitized by Google

heranwachsen. Diese werden, gut und wohlwollend geleitet, mehr und besser die Aufmerksamkeit der Bevölkerung auf die gesundheitlichen Notwendigkeiten lenken als alle Propaganda durch Merkblätter, Schriften, Vorträge, Filme vermag. Nichts wirkt besser auf Menschen ein als Beispiel und Tat.

Die Aufklärung im großen wird in Deutschland durch die sogenannte hygienische Volksbelehrung getrieben, welche keinen behördlichen Charakter trägt, sondern von Organisationen geübt wird, deren wichtigste der Hauptverband der Krankenkassen, die Reichsversicherung für Angestellte, die Landesversicherungsanstalt, der Arbeitersameriterbund, das deutsche Hygiene-Museum, die sozialhygienischen Reichsverbände sind. Alle diese Gruppen sind in dem „Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung" zu enger Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen. Ihm gehören auch eine Anzahl Ministerien, Behörden, Vereinigungen und die Ärzteschaft an. Mit ihm stehen auch alle provinzialen und kommunalen demselben Zweck dienenden Einrichtungen in Verbindung. Eine wichtige Ausgabe fällt dabei der Schule zu.

Die im Reichsausschuß vertretenen Verbände üben ihre volksbelehrende Wirksamkeit innerhalb ihres Bereiches selbständig aus. So das deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, die deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, die deutsche Vereinigung für Säuglings- und Kleinkinderschutz, die deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge, der deutsche Verein gegen den Alkoholismus, das rote Kreuz, der Arbeitersamariterbund und andere.

Hier fehlt und wäre am Platze eine Organisation zur Volksbelehrung über die Mutterschaft. Sie müßte die Zentralstelle für alle auf diesem Gebiete zu treffenden Veranstaltungen der Krankenkassenverbände, der Landesversicherungsanstalt, der Reichsversicherung für Angestellte und anderer Einrichtungen werden und zu einer „Reichszentrale für Mutterschaftsfürsorge" ausgestaltet werden.

Außerordentlich schwer ist die Abgrenzung der Mutterschaftsfürsorge gegen die Eheberatung. Soweit diese psychologische Wege geht, werden die Arbeitsgebiete sich scheiden lassen. Viel schwerer schon sind die soziologischen Felder zu trennen. Ganz unmöglich ist die Scheidung in denjenigen Fragen, welche biologischer Natur sind und die Fortpflanzung betreffen.

Hier wird man die Teilung der Aufgabe in Pubertätsberatung (als Vorbereitung zur Ehe), in Heiratsberatung (Vorbereitung der Ehe im engeren

Digitized by Google

Sinne) und in Ehestand- oder Familienberatung vornehmen müssen (Scheumann, Flaskamp)[1].

Der Anteil dieser Beratungszweige ist sehr verschieden. Pubertätsberatung, die doch so wichtig ist, wird nur wenig geübt. Die Ehestandsberatung, welche sich zum geringen Teil mit körperlichen und seelischen Ehekonflikten befaßt, betrifft ungefähr $^1/_3$ der Beratungen. Ihr Hauptinhalt ist die Fortpflanzungsfrage.

Während die Eheberatungsstelle Berlin Prenzlauer Berg 7% Pubertätsberatungen erteilt, ist ihr Anteil in Mannheim nur 2%, in Breslau 1%.

Im Aufgabenkreis der Ehestandsberatung aber herrscht noch stärkere Unterschiedlichkeit. Je nach den allgemeinen Grundsätzen wird der Geburtenregelung eine sehr verschiedene Geltung eingeräumt. Von 100 Beratungen gelten ihr:

7 in Berlin Prenzlauer Berg
29 „ Berlin-Neukölln
17 „ Kiel
3 „ Mannheim
43 „ Chemnitz
85 „ Berlin-Reinickendorf
90 „ Frankfurt a. Main

Auch die Eheschließungsfragen, von welchen die Bewegung der Eheberatung ausgegangen, aber leider je länger, umsomehr abgewichen ist, haben einen durchaus verschiedenen Umfang. Ihr gelten:

66% in Berlin Prenzlauer Berg
35% „ Berlin-Neukölln
11% „ Kiel
19% „ Mannheim
0% „ Frankfurt a. Main
0.4% „ Berlin-Reinickendorf
4.5% „ Chemnitz
11 % „ Berlin-Friedrichshain

Die beiden Ehe- und Sozialberatungsstellen, welche der Bund für Mutterschutz gemeinsam mit den Ortskrankenkassen in Hamburg unterhält, und welche weitgehende Beratung in allen Fragen des Geschlechtslebens erteilen, zählten im Jahre 1926 630 ratsuchende Frauen [2]. Von den Beratungen betrafen:

79% Fragen der Schwangerschaft, 25% davon die Unterbrechung
8% Krankheiten der Geschlechtsorgane
9% Sexualberatungen allgemeiner Art, Ehestörungen, Ehescheidungen usw.

Dieselben Stellen besuchten 1928 in $^1/_2$ Jahre

508 Frauen mit dem Wunsche der Schwangerschaftsverhütung
203 mit dem Wunsche der Unterbrechung.

[1] Münch. med. Wochenschr. 1928, Nr. 29.
[2] Soziale Medizin 1929, Nr. 4.

Digitized by Google

Die Beratungsstelle in Dresden wurde 1927 von 527 Frauen besucht. Davon kamen

252 = 46% zwecks Heiratsberatung
117 = 22% zwecks Fortpflanzungsregelung
203 = 38% wegen anderer sexueller und sittlicher Nöte

Diese Ziffern beruhen zum Teil auf Feststellungen der Umfrage, welche Lotte Neißer-Schröter im Auftrage des Bundes für Mutterschutz 1928 über die Ehe- und Sexualberatungsstellen in Deutschland gemacht hat.

Fetscher[1] teilt folgende Gruppierung seiner Tätigkeit von November 1926 bis Ende 1928 mit:

Insgesamt	Heiratsberatung	Beratung in der Ehe	Sexualberatung
1297 Fälle.....	595 = 42.6%	260 = 18.9%	442 = 38.5%

Neuerdings[2] gibt derselbe Autor für die Zeit 1927—1929 folgende Zahlen an:

Insgesamt	Heiratsberatung	Eheberatung	Sexualberatung
2122 Fälle.....	958 = 45,1%	425 = 20,2%	739 = 34,7%

Beratung bei der Eheschließung wird also kaum von der Hälfte der Ratsuchenden gewünscht und in zunehmenden Maße von der Sexual- und Eheberatung verdrängt.

Diese Mitteilungen lassen die starke Überschneidung der Eheberatung mit dem Aufgabengebiet der Mutterschaftsfürsorge erkennen. Dasselbe Bild bieten die Berichte einzelner Beratungsstellen.

Die städtische Schwangerenfürsorgestelle in Berlin-Lichtenberg ist eine der ersten Fürsorgestellen nach dem Eingreifen der Gesetzgebung. Nach dem Bericht, welchen F. A. Jakobs auf der Düsseldorfer Landeskonferenz für Säuglings- und Kleinkinderschutz 1926 erstattet hat, ergibt sich ein wichtiger Einblick in die Art der Tätigkeit und insbesondere der von ihr erfaßten Frauen und läßt erkennen, daß der allergrößte Teil der die Fürsorge aufsuchenden Frauen zu dem Zweck kamen, um in städtischen Entbindungsanstalten entbunden zu werden. Das ist also eine Gruppe von Frauen, welche ohnehin, wenn auch zum Teil vielleicht nicht rechtzeitig genug, erfaßt wird. Nach dem Bericht erschienen:

lediglich mit Absicht der Anmeldung zur Anstaltsentbindung..... 85—90%
nur zur ärztlichen Beratung ..... 4— 5%
nur zur sozialen Fürsorge (zwecks Erlangung von Milchbeihilfen, Wäsche, Unterstützungen usw.) ..... 8—10%

[1] Über die Ergebnisse der Jahre 1924 und 1925 s. Arch. Frauenkde. u. Konst.-forschg. Bd. XII 1926 S. 483.

[2] Fetscher: Die Entwicklung d. Eheberatung. Dtsch. med. Wchschr. 1930, S. 50.

Digitized by Google

Die Anmeldung zur Anstaltsentbindung erfolgte aus rein medizinischen Gründen (bewußte oder befürchtete Geburtskomplikationen) in 10%
aus wirtschaftlichen Gründen (Mangel an Mitteln, Wohnung oder häuslicher Pflege) in 90%
von den lediglich zur Anmeldung Gekommenen wurden ärztlich erfaßt (Aufdeckung von Krankheiten oder Geburtsschwierigkeiten) 5%
fürsorgerisch wurden erfaßt (Aufdeckung von Beratungs- oder Fürsorgebedürftigkeit) 50%

Man entnimmt aus dieser Aufstellung das Überwiegen wirtschaftlicher Erwägungen, welches außerdem noch dadurch gekennzeichnet ist, daß 20% der Fälle der nachgehenden Fürsorge durch Hausbesuche bedurften. In diesem Bericht wird auch der außerordentliche Mangel an Unterkunftsmöglichkeiten für Mutter und Kind betont.

Die Erfahrungen der Frankfurter Sexualberatungsstelle hat Riese mitgeteilt[1]. 74% der ratsuchenden Personen waren Frauen, wobei 94% aller Fälle die Geburtenregelung betrafen. Diese setzten sich zusammen aus Gesuchen um Verhütung der Schwangerschaft zu 55.2%, aus Ersuchen um Unterbrechung der Schwangerschaft zu 44.8%. Im allgemeinen kamen die Frauen mit Wünschen zur Verhütung der Schwangerschaft erst, wenn sie die 5. oder 6. Schwangerschaft durchmachten, mit Wünschen zur Unterbrechung der Schwangerschaft erst, wenn die 6. oder 7. Schwangerschaft bestand, gesunde Frauen sogar erst bei der 8.

Nimmt man hinzu die große Zahl anderer Beratungsstellen, welche sich die Linderung der Geschlechtsnöte und alles dessen, was damit zusammenhängt, zur Aufgabe gemacht haben, wie Sexualberatungsstellen, Schwangerenberatungsstellen, Beratungsstellen für Geburtenregelung usw., so stehen wir hier vor einem Chaos, einem wilden Durcheinander, Miteinander und Gegeneinander, welches dringend nach Abhilfe verlangt. Es muß einmal ausgesprochen werden, daß dieses Nebeneinander und Durcheinander der Beratung und Befürsorgung gegen alle Gesetze der Ökonomie verstößt. Es muß aber auch ausgesprochen werden, daß diese Ehe- und Sexualberatung sich in manchen Stellen zu Aufgaben versteigt, welche wenig mit den Absichten des Gesetzgebers und garnichts mit der Aufgabe des Arztes zu tun haben. Ich neide den Mut denjenigen Sexual- und Eheberatern nicht, welche sich für berechtigt und befähigt halten, auch in Fragen der wirtschaftlichen Eheführung, der Sittlichkeit, der Religion, der Weltanschauung, der Kindererziehung, in seelischen Ehekonflikten persönlicher und innerster Art den Mentor abzugeben und sich in alle Fragen des Ehe- und Sexuallebens und des Mann-Weib-Verhältnisses einzumischen. Mag vielleicht der Psychotherapeut in langewährender Analyse einmal den Schlüssel zu einem Seelen-

[1] Neue Generation, 21. Jahrg., Heft 10.

Digitized by Google

labyrinth finden, der ärztliche Eheberater und Fürsorger kann diese Fähigkeit nicht haben. Er lasse die Finger davon. Es ist nicht seine Aufgabe. Der Arzt und Sozialhygieniker soll nur das tun, was seines Amtes ist, wozu er durch Beruf und Erfahrung Anspruch auf Sachkunde erheben kann. Die uferlose Ausweitung des Arbeitsbereiches, wie sie heute oft von Ehe- und Sexualberatungsstellen getrieben wird, führt zu Oberflächenarbeit und Charlatanerie und zerstört das Vertrauen.

Darum scheint es mir höchste Zeit, daß die Eheberatung auf den Hauptweg zurückgeführt wird, von welchem sie abgeirrt ist. Das ist die Eheeignungsprüfung und die Fortpflanzungspflege.

Wer aber die Kräfte kennt, welche hinter den verschiedenartigen und verschiedenstrebigen Einrichtungen stehen, wird der Hoffnung auf diese Rückführung, auf Einigung und Vereinheitlichung mutlos entsagen. Es genügt, die Bünde, Vereine und Gesellschaften auch nur in einigen Vertretern zu benennen, um die Aussichtsarmut des Unternehmens zu begreifen. Sisyphus' Aufgabe ist eine Kinderspiel dagegen. Da ist die Weltliga für Sexualreform, der Bund für Mutterschutz, die Gesellschaft für Mutter- und Kindesrecht, der Arbeiter-Samariter-Verein, da sind die Sexualreformvereine, die Liga für Mutterschutz und soziale Familienhygiene, da ist der Reichsverband für Geburtenregelung und Sexualhygiene, der Verband der Arbeitervereine für Geburtenregelung, der Volksbund für Mutterschutz und wie sie alle heißen. Die fünf zu letzt genannten haben sich jüngst zum Reichsverband für Geburtenregelung und Sexualhxgiene zusammengeschlossen und verfügen angeblich über einen Bestand von 50000 Mitgliedern.

Was tun, um hier Ordnung zu schaffen und die Zusammenarbeit zu ermöglichen? Wege und Ziele sind zu verschieden. Und doch kreisen, eingestanden oder nicht, letzten Endes alle Gedanken um Fragen der Mutterschaft, ihre Förderung oder Verhütung. Und es wird nichts besonderes ausgesprochen, wenn man die Mutterschaftsfürsorge als die alles beherrschende Idee bezeichnet.

So betrachtet, ist es kein utopischer Vorschlag, alle Arten von Sexual- und Eheberatungsstellen unter der Losung der Mutterschaftsfürsorge zu vereinigen. Es bedeutet auch keine Einengung des Gesichtsfeldes, etwa durch frauenärztliche Scheuklappen. Schon die wenigen Jahre der Sexual- und Eheberatung haben erwiesen, wie sehr nicht nur numerisch, sondern auch inhaltlich die Arbeit dieser Stellen auf das weibliche Geschlecht abgestellt ist. Und in welchem Maße die Arbeit am Mann, sei es vor der Ehe oder in der Ehe hinter der an der Frau zurücktritt. Auch die Mutterschaftsfürsorge ist oft gezwungen, ihre Arbeit auf den Mann auszudehnen, wenn

Digitized by Google

Eheschließung oder Geburtenregelung zur Erörterung stehen. Mehr haben auch die Sexual- und Eheberatungsstellen nicht mit ihm zu tun.

Ich bin überzeugt, daß dieser Vorschlag zur Zusammenfassung und Einordnung einen Sturm der Entrüstung und der Ablehnung heraufbringen wird. Aber das schreckt mich nicht. Viel mehr schreckt mich die Unordnung, welche zur Zeit auf diesem für das Wohl der Menschen so wichtigen Gebiete herrscht. Und die zu beseitigen schon einen Kampf wert ist.

Der Anstoß zur Zusammenfassung muß von den Kommunal- und Kreisverwaltungen unternommen werden. Derart, daß die Gesundheitsämter und die Kreisämter mit den privaten Vereinen und den Krankenkassen Fühlung nehmen. Der großen Schwierigkeit, welche besonders die Angleichung der Ideen bereiten wird, bin ich mir wohl bewußt.

Daß man von allen Richtungen etwas übernehmen muß, um ein Ganzes zu schaffen, darin scheint mir der Schwerpunkt der Sache zu liegen.

Der Erlaß des Preußischen Ministeriums für Volkswohlfahrt über die Einrichtung von Eheberatungsstellen hat trotz seines ausgesprochenen Willens, daß nur ärztliche Prüfung von Ehebewerbern auf ihre gesundheitliche Eignung zur Ehe ihre Aufgabe sein solle, nicht zu verhindern vermocht, daß die Frage der Geburtenregelung in die Eheberatung hineingezogen worden ist. Auch in der Mutterschaftsfürsorge gebührt ihr ein wichtiger Platz. Wo immer man die Geschlechtsnöte der Menschen heutigen Tages zu lindern strebt, ist die Verhütung der Schwangerschaft und die Regelung der Geburten ein Faktor, der schwer in die Wage fällt und nicht umgangen werden kann. Ihn allen Scheins und aller Oberflächlichkeit und allen Mißbrauches zu entkleiden, ihm einen gediegenen, wertbeständigen und Achtung gebietenden Inhalt zu geben: in diesem Ziele sind alle Personen und Gruppen einig. Das ist die Plattform, auf welcher die Zusammenfassung vollzogen werden muß.

Die Gesundheitsfürsorge ist eine von philosophischem Geist getragene Aufgabe mit weiten Horizonten und tiefen Gründen. Sie verträgt keinen engherzigen Interessenstandpunkt und ist über kleinliche Dinge erhaben.

Wie die Mutterschaftsfürsorge schon vor dem Beginn der Mutterschaft, schon vor der Empfängnis einsetzen und als prägravide Mutterschaftsfürsorge die Lebensalter des Klein- und Schulkindes und besonders das Pubertätsalter erfassen muß, so hat auch die Eheberatung als eugenetische Maßnahme ihr wirksamstes Betätigungsgebiet in der Vorbereitung auf die Ehe.

So betrachtet ist die Eheberatung nur ein Teil der Mutterschaftsfürsorge und kann ohne Schaden für das Gemeinwohl in ihr aufgehen. —

Digitized by Google

Es muß darauf gehalten werden, daß Einrichtungen und Betriebe der Fürsorgestelle nicht nur den Anforderungen der Hygiene entsprechen, sondern auch einen angenehmen und insbesondere nicht abschreckenden Eindruck machen.

Die Erfassung der Schwangeren ist viel schwieriger als die der Säuglinge, und zwar deswegen, weil die Register der Standesämter jedes neugeborene Kind nachweisen, während für die Schwangerschaften dieser oder ein ähnlicher Nachweis nicht möglich ist.

Hier wird zunächst einmal die Gewerbeaufsicht in den Betrieben nützlich sein können.

Die Beteiligung der Medizinalbehörden, besonders des Kreisarztes, an der Gewerbeaufsicht ist gering, nachdem letztere fast ausschließlich den von dem Handelsministerium eingesetzten Gewerbeaufsichtsbeamten übertragen wurde, denen die Durchführung des in der Gewerbeordnung vorgesehenen Arbeiterschutzes obliegt.

Erst durch Gesetz vom 9. 9. 1921 wurden neben den technischen Gewerbeaufsichtsbeamten als gleichberechtigte Mitarbeiter hygienisch vorgebildete Ärzte in den Dienst der Gewerbehygiene gestellt. Für Preußen wurden fünf Stellen für Landesgewerbeärzte, jetzt Gewerbemedizinalräte genannt, geschaffen. Die Gewerbeärzte hatten die Aufgabe, die technischen Gewerbeaufsichtsbeamten in gewerbehygienischen Fragen zu unterstützen und die Kenntnisse der durch die Berufsarbeit verursachten gesundheitlichen Schäden zu vertiefen. Es fiel ihnen ferner die Aufgabe zu, an der Vorbeugung und Beseitigung dieser Erkrankungen und an dem Ausbau gewerbehygienischer Aufgaben und Einrichtungen zu arbeiten.

Die Arbeitsaufsicht soll jetzt durch ein Arbeitsschutzgesetz geregelt werden, dessen Entwurf dem Reichstag seit 1929 vorliegt. Danach soll die Arbeitsaufsicht weiterhin Sache der Länder bleiben, ihre Organisation aber eine durchgreifende Änderung erfahren in dem Sinne des Entwurfes, welchen die Gewerkschaften vorgelegt haben. Voraussetzung aber scheint mir, daß die Zahl der Gewerbeärzte und der Gewerbeaufsichtsbeamten vermehrt wird.

Artikel 157 der Reichsverfassung vom 11. 8. 1919 lautet: „Die Arbeitskraft steht unter dem besonderen Schutz des Reiches. Das Reich schafft ein einheitliches Arbeitsrecht."

Früher wurde der Arbeitsschutz durch die Gewerbeordnung geregelt.

Es ist vorgeschlagen worden, einen Meldezwang für Hebammen und Ärzte einzuführen, weil man hofft, auf diese Weise rechtzeitig zur Kenntnis der Schwangerschaften zu gelangen. Dieser Weg erscheint mir irrtümlich und gefährlich, weil er geeignet ist, das Vertrauen der Frauen in die genannten beiden Berufsstände zu erschüttern. Viele Frauen suchen Arzt und Hebamme auf, um Klarheit über ihren Zustand zu gewinnen, würden

Digitized by Google

aber mit Bestimmtheit davon Abstand nehmen, wenn sie sich dadurch die Möglichkeit verbauten, sich des Zustandes wieder entledigen zu können. Angesichts der ungeheuren Verbreitung der Fruchtabtreibung, muß in außerordentlich großem Umfange mit dieser Absicht gerechnet werden. Unausbleibliche Folge des Meldezwanges also wäre die, daß die Frauen durch ihn von Arzt und Hebamme ferngehalten und den dunklen Heilgewerben noch mehr in die Arme getrieben würden als es ohnehin der Fall ist. Der Meldezwang ist daher mit Entschiedenheit abzulehnen.

Dagegen ist die Familienfürsorgerin, d. h. diejenige Fürsorgerin, welche im Fürsorgewesen den Spezialfürsorgerinnen gegenübersteht, wie der praktische Arzt dem Spezialisten, und welche in den Familien ein- und ausgeht und mit ihrem Lebensschicksal, je länger sie im Dienst ist, um so mehr vertraut wird, die geeignete Person, um die rechtzeitige Erfassung der schwangeren Frauen zu ermöglichen. Das gilt auch von denjenigen Fürsorgerinnen, welche in der Säuglings- und Schulkindfürsorge tätig sind. Mehr als auf anderen Gebieten ist auf dem der Mutterschaftsfürsorge Bürokratismus und Schematismus mit ihrem Zwang von Übel.

Die beste Gelegenheit, an die vorgeschrittenen Schwangerschaften heranzukommen, ist die Auszahlung des Wochenhilfsgeldes auf Grund des Gesetzes über die Wochenhilfe 4 Wochen bzw. 6 Wochen vor der Geburt. Diese Auszahlung sollte an die Bedingung gebunden werden, daß eine ärztliche Untersuchung stattgefunden hat, ein Urteil über den voraussichtlichen Verlauf der Geburt abgegeben und entsprechende Ratschläge erteilt worden sind.

Diese Verbindung von Gesundheitsüberwachung mit Barleistung der Krankenkasse ist in der Säuglingsfürsorge schon an verschiedenen Orten durchgeführt. Entsprechend der Bestimmung der Reichsversicherungsordnung, welche lautet: Die Satzung oder die oberste Landesbehörde kann bestimmen, daß die Kassen bei Zahlung des Stillgeldes auf den Wert der regelmäßigen Inanspruchnahme der Mütterberatungsstellen, Säuglingsfürsorgestellen oder gleichartiger Einrichtungen hinweisen.

Eine gleichartige Bestimmung sollte auch für die Zahlung der Wochenhilfe getroffen werden. Sie ist notwendig.

Im Jahre 1926 ist von den die Schwangerenberatungsstelle der Berliner Krankenkassen aufsuchenden Frauen nur der dritte Teil in den ersten 6 Monaten gekommen.

In dieser Zeit sucht die Schwangere meist den praktizierenden Arzt auf, welcher aber Überweisung an die Fürsorgestelle selten veranlaßt. Diese Tatsache allein sollte zum Beweise dienen, daß ohne die Ärzteschaft eine erfolgreiche Fürsorge überhaupt nicht durchzuführen ist. Sie bestätigt zudem meine Forderung, daß jeder Arzt in die Fürsorge eingegliedert sein muß, und daß der Fürsorgestelle im wesentlichen die Sozialtherapie zu überlassen ist.

Digitized by Google

Sehr nützlich ist die Aushängung und Verteilung von Merkblättern in Betrieben, Krankenkassen, Standesämtern, kassenärztlichen Wartezimmern und Amtsbehörden.

Nirgends ist die Gefahr der Mehrfacharbeit größer als auf dem Gebiete des Fürsorgewesens. Nicht nur wegen der Zersplitterung und des Nebeneinanderarbeitens der Fürsorgezweige, sondern auch deswegen, weil über die an der befürsorgten Person geleistete Arbeit keine einheitliche Listenführung besteht. Dem kann in der Mutterschaftsfürsorge ein Ende bereitet werden dadurch, daß jeder Schwangeren eine Art „Gesundheitspaß" in die Hand gegeben wird, welchen sie in allen Fällen vorzuzeigen hat, die sie zum Arzt oder zur Hebamme führen. Also in erster Linie bei der Geburt. Ärzte und Hebammen ihrerseits müssen dahin belehrt und dazu angehalten werden, sich von den sie aufsuchenden Schwangeren oder Gebärenden den von der Mutterschaftsfürsorge ausgestellten „Gesundheitspaß" vorlegen zu lassen.

In den „Gesundheitspaß" sind alle Erhebungen und Untersuchungsergebnisse der Fürsorge sowie alle in Zukunft erforderlichen Maßnahmen einzutragen. In erster Linie alles, was mit der Fortpflanzungsleistung der Frau in irgendeinem Zusammenhange steht. Darüber hinaus aber werden gesundheitliche Feststellungen und Vorgänge auch durch andere Fürsorgezweige zur Eintragung kommen müssen, zumal diese für die Beurteilung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett von Wichtigkeit werden können.

Es empfiehlt sich, einen solchen „Gesundheitspaß" durch zweckmäßige Einteilung in Sparten zu einem übersichtlichen und leicht lesbaren Dokument zu machen, in dem der jeweilige Untersucher oder Fürsorger leicht dasjenige auffinden kann, was er sucht und was er braucht. Aus alledem geht hervor, daß ein solcher „Gesundheitspaß" nicht nur für seine Inhaberin von lebenswichtiger Bedeutung, sondern auch für Familie und Volksgesundheit von Wichtigkeit sein muß. Auch die wissenschaftliche Forschung und die praktische Heilkunde werden Nutzen aus ihm ziehen.

Die geschlossene Fürsorge ist ein unentbehrliches Mittel der Mutterschaftsfürsorge in allen denjenigen Fällen, in welchen die Unterbringung der Schwangeren und der Gebärenden in Anstalten notwendig ist. Sei es aus wirtschaftlichen Gründen wegen Mangel an Wohnung, Kleidung, Nahrung. Mängeln, welche heute nicht mehr nur die unehelichen Schwangeren treffen. Sei es aus medizinischen Gründen wegen Krankheit oder wegen voraussichtlich schwierigen Geburtsverlaufes usw.

Daraus geht hervor, daß Anstalten sowohl für normale als für pathologische Schwangerschaften und Mutterschaften zur Verfügung stehen müssen. Für erstere gelten die Schwangeren- und Wöchnerinnenheime, von denen allerdings viele auch pathologische Fälle aufnehmen. Für letztere vorwiegend die Ent-

Digitized by Google

bindungsanstalten, welche freilich auch normalen Fällen geöffnet sind. Man sieht, eine Trennung ist nicht möglich und auch nicht einmal wünschenswert. Denn die Entbindungsanstalten benötigen normale Fälle zu Lern- und Lehrzwecken und die Wöchnerinnenheime brauchen pathologische Schwangerschaften und Geburten, damit sie für die krankhafte Wendung eines anfangs normalen Falles durch Kenntnis und Erfahrung gerüstet sind.

In den Entbindungsanstalten und Wöchnerinnenheimen ist ein Aufenthalt der Frau von durchschnittlich 10 Tagen vorgesehen. Häufig aber muß wegen Mangel an Platz die Entlassung weit früher, bisweilen schon am 5. Tage, vorgenommen werden.

Infolgedessen ist es dringend notwendig, daß sie mit Mütterheimen in Verbindung stehen. Denn die Fürsorgebedürftigkeit der Wöchnerin, die Hilflosigkeit derjenigen, welche ein eigenes Heim nicht haben, wird meist erst fühlbar in dem Augenblick der Entlassung aus der Gebäranstalt. Die Zunahme der Unterbringungsmöglichkeiten ist aus nachstehender Tabelle ersichtlich.

Mütter- und Säuglingsfürsorge-Einrichtungen im Deutschen Reiche 1850—1919. (Nach Rott)

Jahr	Entbindungs-anstalten	Säuglings-heime	Mütterheime	Krippen	Säuglings-fürsorgestellen
1850	37	3	—	1	—
1900	69	46	12	98	—
1905	86	71	24	166	—
1910	114	127	58	234	360
1915	132	213	89	360	1000
1919	145	334	108	490	2600

Leider reicht sie nur bis zum Jahre 1919. Aus neuerer Zeit sind mir Zusammenstellungen nicht bekannt.

Die Anstalten werden von den verschiedenartigsten Organisationen unterhalten. Von Staaten, Gemeinden und Vereinen.

Unter den konfessionellen Einrichtungen sind zunächst die der evangelischen Inneren Mission zu nennen, deren Arbeit schon vor 100 Jahren in Magdeburg und Kaiserswerth mit der Gründung der Magdalenen-Asyle begonnen hat. Es folgten Zufluchtshäuser, ländliche Arbeitsheime, Übergangsstätten und andere Einrichtungen.

Es ist ferner zu nennen der katholische Karitas-Verband, welcher über selbständige Wöchnerinnenheime in katholischen Krankenhäusern und über Anstalten der katholischen Fürsorgevereine verfügt.

Es sind endlich zu nennen die jüdische Fürsorge, die Heilsarmee und das Rote Kreuz, welche gleichfalls Aufnahmestationen für Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen unterhalten.

Rühmend zu nennen sind ferner die Vereine, welche aus Mitteln der Wohltätigkeit entstanden sind. Sie unterhalten Fürsorgestellen, Säuglings-

Digitized by Google

heime, Mütterheime, Krippen, Heime für gefährdete Mädchen, für Schwangere und Wöchnerinnen. Sie stellen Pflegerinnen, geben Stärkungsmittel, Wanderkörbe und ähnliche Unterstützungen ab.

In erster Linie der Deutsche Bund für Mutterschutz. Er besteht seit 25 Jahren und hat zu den ersten Organisationen gehört, welche die Verbesserung der Stellung von Mutter und Kind in rechtlicher, wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht erstrebt haben: Schutz unehelicher Mütter und ihrer Kinder vor wirtschaftlicher Gefährdung, Gründung und Unterstützung von Mütter- und Kinderheimen und Sexualberatungsstellen. Er unterhält Ortsgruppen in Berlin, Bremen, Breslau, Chemnitz, Frankfurt a. M., Hamburg, Königsberg i. Pr., Leipzig, Mannheim.

Die Deutsche Gesellschaft für Mutter- und Kindesrecht befaßt sich mit der Schaffung von Fürsorgeeinrichtungen, Abhaltung von Vorträgen, Raterteilung, Einwirkung auf Behörden und gesetzgebende Körperschaften. (Ortsgruppen in Berlin und Köln.)

Es muß überall das Bestreben sein, die private Fürsorge in die staatliche überzuführen. Das ist aber nicht so zu verstehen, daß die private Fürsorge gelähmt werden soll. Ihre Initiative muß erhalten werden. Denn sie ist stets anregend und richtunggebend gewesen in allen Zweigen menschlichen Wohltuns.

Eine besondere Stellung nehmen diejenigen Anstalten ein, welche in städtischer und staatlicher Verwaltung stehen. Es sind die städtischen Entbindungsanstalten, die Hebammenlehranstalten und die Universitätsfrauenkliniken.

Die Art der Unterbringung in der geschlossenen Fürsorge ist verschieden. Es gibt Mütter- und Wöchnerinnenheime, in welchen die Frauen schon während der Schwangerschaft aufgenommen werden und über Geburt und Wochenbett hinaus verbleiben. Andere wiederum sind nur darauf eingerichtet, die Schwangeren vor und nach der Geburt zu beherbergen, während die Geburt selbst in einer Entbindungsanstalt vorgenommen wird. Eine dritte Art endlich ist darauf eingerichtet, der jungen Mutter nach der Geburt mit dem Kinde Unterkunft zu gewähren.

Rühmenswert ist der Verein „Mutter und Kind", welcher Müttersiedlungen gegründet hat, kleine Wohngemeinschaften erwerbstätiger Mütter unter Leitung einer Vertrauensperson.

Am besten dienen dem Zwecke der Mutterschaftsfürsorge diejenigen Heime, in welchen die Frauen schon während der Schwangerschaft und nach der Entbindung Anlehnung, Rückhalt und Verständnis finden, und in denen die Mutter längere Zeit mit dem Kinde zusammenbleiben kann. Die Geburt selber ist in diesen Anstalten ein weniger wichtiger Vorgang. Es empfiehlt sich daher, die Gebärende aus dem Schwangeren- und Wöch-

Digitized by Google

nerinnenheim herauszunehmen und einer Entbindungsanstalt zu überweisen. Es scheint mir dem Zweck der Fürsorge am besten zu entsprechen, daß der geburtshelferische Teil des Mutterschutzes von dem rein fürsorgerischen getrennt wird.

Mit dieser Einteilung behalten neben den Mütter-, Wöchnerinnen- und Säuglingsheimen die Frauenkliniken und Gebäranstalten ihre Bedeutung.

In welchem Maße diese wächst, ist in den letzten Jahren bei Erörterung der Neuordnung der Geburtshilfe wiederholt zur Sprache gekommen.

Ihrem Charakter entsprechend sind sie darauf zugeschnitten, die Gebärenden so bald wie möglich aus ihrer Obhut zu entlassen. Das ist insofern beklagenswert, als ein großer Teil der geburtshilflichen Erfolge in den ersten Wochen nach der Entbindung wieder vernichtet wird. Weniger zum Nachteil der Mutter als des Kindes.

Dem müssen die Wöchnerinnenheime entgegenwirken.

Zahl und Art der Schwangeren-, Wöchnerinnen- und Mütterheime genügen den heutigen Anforderungen bei weitem nicht. Es macht immer wieder große Mühe, ledigen Schwangeren Unterkunft zu verschaffen. (Bericht des Bundes für Mutterschutz.) Ziel der Mutterschaftsfürsorge muß es sein, daß keine Schwangere und insbesondere keine uneheliche Schwangere oder Mutter ohne Unterkunft und in Not bleibt oder gerät. Ziel muß es ferner sein, Mutter und Kind möglichst lange beieinander zu lassen.

Auf einen Widerstreit zwischen Mütter- und Säuglingsheimen machen Engel-Behrendt aufmerksam. Es kommt gelegentlich vor, daß die Unterbringung der Mütter in Mütterheimen so gründlich getrieben wird, daß für die Säuglingsheime keine Mütter übrig bleiben. Die Säuglingsheime aber sind auf stillende und milchreiche Mütter angewiesen. Diesem Zwiespalt muß durch geschickte Kombination beider Anstalten abgeholfen werden.

Daß die Neigung zur Anstaltsentbindung wächst, ist bereits an anderer Stelle dargetan. Daran hat das zweite Gesetz über die Wochenhilfe vom 7. 9. 1926 nichts geändert, obwohl es die unentgeltliche Hebammenhilfe und die Wochenbettpakete eingeführt hat. Die Zahl der Anstaltsentbindungen bei den Frauen der Schwangerenfürsorgestelle der Berliner Krankenkassen ist nicht gesunken, sondern im Gegenteil gestiegen.

Die Scheu vor der Entbindung im Krankenhause ist im Schwinden begriffen. Früher war das Spital Zufluchtsstätte für ledige Mütter. Nach Mitteilung von S. Peller[1] gab es noch im Jahre 1907 an der geburtshilflichen Klinik von Piskazck in Wien mehr ledige als verheiratete Insassen.

[1] S. Peller: Fehlgeburt und Bevölkerungsfrage. Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1930.

Digitized by Google

Bei Kriegsausbruch überwiegen bereits die Verheirateten und nach dem Kriege sind die Verheirateten dreimal so zahlreich als die Ledigen.

Wenn man dem weiteren Schicksal der in den Wöchnerinnenheimen niedergekommenen ledigen Mütter nachgeht, so wird man erkennen, daß es sich ganz nach den örtlichen Verhältnissen, nach der Einstellung der Bevölkerung zu der Unehelichkeit und anderen Umständen richtet. Das hat man in Nürnberg getan, wo nach einer Mitteilung von Zeltner sich fast 50% der unehelichen Geburten im Wöchnerinnenheim vollziehen. Von den Entbundenen gingen 27% in Mütterheime, 10% gaben ihre Kinder in Pflege, meist zu den Großeltern, und 54% behielten die Kinder bei sich. Aber diese Aufnahme in die eigene Familie scheint nach weiteren Feststellungen nur vorübergehend zu sein und sehr bald durch Abgabe in fremde Pflege abgelöst zu werden.

Um die Inanspruchnahme der Heime zu fördern, muß ein Hindernis hinweggeräumt werden, welches viele zurückschreckt. Das ist die Tatsache, daß die Schwangeren und Entbundenen während des Aufenthalts im Heim der Wochenhilfsgelder verlustig gehen und befürchten müssen, bei Entlassung aus der Anstalt ohne Mittel dazustehen. Dieses Hindernis sollte dadurch beseitigt werden, daß den Frauen für die Dauer des Aufenthaltes ein tägliches Taschengeld bewilligt wird, welches bei Entlassung aus der Anstalt zur Auszahlung kommt. Ähnlich wie es manche Krankenkassen bei Entlassung ihrer Mitglieder aus den Krankenhäusern machen. Auch das Wiedereinziehen der Kosten, wie es dann und wann geschieht, sollte unterlassen werden.

Die Berliner Grundsätze suchen diese Schwierigkeiten dadurch zu umgehen, daß den Müttern auch während des Aufenthaltes im Heim das Stillgeld bezahlt wird, und daß die Kosten der Unterbringung weder von den ehelichen Eltern noch von der unehelichen Mutter oder deren Eltern eingezogen werden.

Die Mutterschaftsfürsorge verträgt keine kleinliche Handhabung. Sie muß von dem Gedanken erfüllt sein, daß die Mutterschaft eine Leistung der Frau an die Allgemeinheit ist und von dieser getragen und geschützt werden muß.

Die städtischen und staatlichen Anstalten sollten mit einer besonderen Mutterschaftsfürsorgestelle versehen werden, welche in direkter Verbindung mit den Organen der offenen Fürsorge und den amtlichen Stellen steht.

Sie sollten ferner ihre Fürsorgestellen zu Sozialabteilungen ausbauen, in welchen die sozialen Beziehungen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett aus ärztlich-praktischen und fürsorgerischen Gesichtspunkten bearbeitet werden.

Die berufenen Organe der fürsorgerischen Ausbildung der Ärzte und

Digitized by Google

Hebammen sind die Hebammenlehranstalten und Frauenkliniken. Letzteren fällt die besondere Aufgabe zu, die Sozialabteilungen nach der wissenschaftlichen Seite so auszubauen, daß sie als Forschungsanstalt für die sozialen Beziehungen des weiblichen Fortpflanzungslebens betrieben werden und dem Universitätsunterricht dienen. Die Schaffung dieser Sozialabteilungen erachte ich als eine dringende Aufgabe der Zeit, welche schon längst hätte erfüllt sein sollen. Aber es ist nie zu spät für eine gute Sache.

Es versteht sich von selbst, daß die Sozialabteilungen mit den Fürsorgezentralen in Stadt, Provinz und Land in Verbindung stehen müssen. Von diesen Zentralen muß ein dichtgespanntes Netz von Fürsorgestellen ausgehen, in welches alle Teile der Fürsorge, staatliche, städtische, private und konfessionelle, eingegliedert sind. —

Im Rahmen der Mutterschaftsfürsorge ist noch der halboffenen Fürsorge Erwägung zu tun, der sog. Kinderkrippen. Das sind Tagesheime, welche den berufstätigen Müttern ermöglichen, ihr Kind tagsüber in Aufsicht zu geben. Krippen sind eine nicht unbestrittene Einrichtung. Die größten Bedenken entspringen der Infektionsgefahr für die Insassen.

Die für Krippen in Betracht kommenden Grundsätze, insbesondere mit Bezug auf Verhütung von Infektion, sind durch Erlaß des Reichsministeriums des Innern vom 10. 5. 1920 festgelegt.

Bei dem heutigen Stand der Wochenhilfe kann die Mutter mindestens 6 Wochen das Neugeborene bei sich behalten. Für diese Zeit besteht also keine Notwendigkeit der Unterbringung des Säuglings. Wohl aber für die übrige Zeit des 1. Lebensjahres. In den Krippen haben die Mütter Gelegenheit, zu stillen. Oft wird ihnen dabei ein freies Mittagessen verabfolgt. Auf eine Säuglingspflegerin kommen 6 Kinder.

Anders sind diejenigen Einrichtungen zu werten, welche in Fabriken mit großer weiblicher Arbeiterschaft, wie z. B. in der Textilindustrie, vorhanden sind und den Arbeiterinnen ermöglichen, in den Arbeitspausen sich ihrem Kinde zu widmen, die Brust zu reichen usw. Diese Einrichtungen werden mit dem Namen der Fabrikkrippen zusammengefaßt.

Es versteht sich von selbst, daß die Mutterschaftsfürsorge nur dann ersprießliches leisten kann, wenn offene und geschlossene Fürsorge Hand in Hand arbeiten. Hier scheint mir ein Appell an die Frauenkliniken und Gebäranstalten vonnöten, welche sich darauf einstellen müssen, daß sie nicht nur Aufgaben des Unterrichts und der Heilbehandlung zu lösen haben, sondern daß sie auch Fürsorgeanstalten ersten Ranges sind, deren Wirksamkeit sich nicht auf die Zeit der Aufenthaltsdauer der schwangeren oder gebärenden Frau in ihren Räumen beschränkt, sondern darüber hinaus er-

Digitized by Google

streckt. Die fürsorgerischen Gesichtspunkte spielen schon bei der Aufnahme eine gewisse Rolle. Vielmehr aber noch bei der Entlassung. Diese ist der Fürsorgebehörde bzw. dem Fürsorgearzt unverzüglich, am besten schon einige Tage vorher zu melden und mit Bericht über Verlauf von Geburt und Wochenbett bzw. bei Krankheiten während der Schwangerschaft über den Krankheitsverlauf zu begleiten.

Hier ist neuerdings die soziale Krankenhausfürsorge eingeschaltet als Bindeglied zwischen der geschlossenen und offenen Fürsorge.

Der Verein „Soziale Krankenhausfürsorge" der Berliner Universitätskliniken hat in diesem Jahr sein 10. Arbeitsjahr vollendet. Aus kleinen Anfängen erwachsen ist „Die soziale Krankenhausfürsorge" heute ein wichtiges Bindeglied zwischen Krankenhaus- und Fürsorgewesen geworden. Der Verein geht in das 2. Jahrzehnt mit der bedeutenden Erweiterung, daß er nunmehr auch die Fürsorge für die Universitätskliniken innerhalb der Charité übernimmt. Der Mutterschaftsfürsorge wird er wertvolle Dienste leisten können, wenn er die Verbindung zwischen der Gebäranstalt und ihren Insassen durch nachgehende Fürsorge aufrechterhält.

Damit wird in Deutschland etwas geschaffen, was in englischen und amerikanischen Krankenanstalten als social department schon länger besteht und als beste Form des Fürsorgedienstes im Krankenhaus bewährt ist.

Die Mutterschaftsfürsorge wird daraus großen Nutzen ziehen können.

Zum Schluß sei noch eines Mangels gedacht: der unzulänglichen statistischen Erfassung der Fortpflanzungsleistung.

Diesen Mangel zu beseitigen dient die von Roesle und mir entworfene Zählkarte für geburtshilfliche Operationen, welche zusammen mit den schon jetzt üblichen Meldungen über geburtshilfliche Ereignisse dazu dienen soll, eine geburtshilfliche Reichsstatistik zu schaffen.

Es ist merkwürdig genug, daß es eine solche Reichsstatistik bisher nicht gibt. Die Notwendigkeit dazu ist schon im Anfang des vorigen Jahrhunderts erkannt worden. Männer wie Süßmilch und Caspar, von denen der erstere nicht einmal Mediziner, sondern Pfarrer war, haben sie gefordert. Einzelstaaten wie Baden, Bayern, Hessen, Württemberg, Hamburg, haben wenigstens über einige Tatsachen des geburtshilflichen Geschehens Aufzeichnungen gemacht. Zum Teil aber sind diese Statistiken zu roh, um einen Einblick in die soziale Pathologie der Geburt zu gestatten. Zum Teil sind die statistischen Erhebungen wieder eingeschlafen, weil die Wissenschaft sich nicht um sie gekümmert hat.

Die Notwendigkeit, eine geburtshilfliche Reichsstatistik zu schaffen, ist von dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, welcher im Mai 1929 in Leipzig tagte, und welchem die geburtshilfliche Zählkarte vor-

Digitized by Google

Geburtshilfliche Reichsstatistik[1]

Zählkarte für geburtshilfliche Operationen

Vertraulich
(Nur für statistische und ärztliche Zwecke)

I. Ort und Zeit

1. Regierungsbezirk .....
2. a) Name der Stadt. } in der die Operation ausgeführt wurde .....
   b) Name der Landgemeinde } in der die Operation ausgeführt wurde .....
3. a) Im Hause? .....
   b) In Klinik? Krankenhaus? .....
   Name der Anstalt? .....
   Ist bereits im Hause operative Entbindung versucht worden? .....
   In welcher Weise? .....
4. Datum und Tagstunde der Operation .....

II. Anamnese

5. Name der Entbundenen .....
6. Geboren am .....
7. Ledig? Verheiratet? Verwitwet? Geschieden? .....
8. Wieviele standesamtlich meldepflichtige Entbindungen sind vorangegangen?
   .....
9. Wieviele Kinder wurden durch die vorangegangenen Entbindungen
   lebend geboren? ..... Totgeboren? .....
10. a) Beruf der Entbundenen? .....
    b) Beruf des Ehemannes? .....

III. Geburtshilfliche Untersuchung

11. Welcher Schwangerschaftsmonat? .....
12. Geburtslage des Kindes .....
    a) Schädellage .....
    b) Gesichtslage .....
    c) Beckenendlage .....
    d) Querlage .....
13. Art der Untersuchung .....
    a) Nur äußerlich? .....
    b) Vaginal? .....
    c) Rektal? .....
14. Wehenbeginn (Tag und Stunde) .....
15. Blasensprung (Tag und Stunde) .....

[1] Entworfen von E. Roesle und M. Hirsch.

Digitized by Google

16. Art des operativen Eingriffs[1]	17. Warum wurde eingegriffen? (Indikation)	18. Ausgang für die Mutter			
		a) lebend mit Angabe des Datums der Entlassung aus der Behandlung	b) erkrankt an puerperalem Fieber	c) gestorben mit Angabe des Datums. Im Hause? In welcher Anstalt?	c) gestorben an welcher Ursache?
Künstliche Frühgeburt					
Zangenoperation					
Zange im Beckeneingang					
Zange in Beckenmitte					
Zange im Beckenausgang					
Zange am nachfolgenden Kopf					
Wendung					
Äußere auf den Kopf					
Innere auf den Fuß					
Innere Wendung und Extraktion					
Extraktion bei Beckenendlage					
Steiß noch in der Scheide					
Rumpf schon geboren (Manualhilfe)					
Perforation					
Embryotomie					
Kaiserschnitt an der Lebenden					
Manuelle Lösung der Nachgeburt					

[1] Zutreffendes ist zu unterstreichen.

Digitized by Google

19. Ausgang für das Kind[1]

Bei einfacher Geburt oder für das zuerst geborene Zwillingskind					Für das zweitgeborene Zwillingskind					Für das Drillingskind
Totgeboren		Lebendgeboren			Totgeboren		Lebendgeboren			
Vor der Entbindung gestorben	Während der Entbindung gestorben	Lebt	Gestorben mit Angabe des Datums	Todesursache	Vor der Entbindung gestorben	Während der Entbindung gestorben	Lebt	Gestorben mit Angabe des Datums	Todesursache	

Sektionsdiagnose:

V. Angaben über das neugeborene Kind

	Einfache Geburt oder das zuerst geborene Zwillingskind	Zweitgeborenes Zwillings- oder zweitgeborenes Drillingskind	Drittgeborenes Drillingskind
20. Geschlecht			
21. Körpergewicht in gr } bei d. Geburt			
22. Körperlänge in cm } bei d. Geburt			
23. Kopfumfang in cm			

[1] Zutreffendes ist zu unterstreichen.

Digitized by Google

gelegt wurde, anerkannt worden. Der Kongreß ist auf meinen Antrag beim Reichsministerium des Innern wegen Aufbaues einer Reichsgeburtenstatistik vorstellig geworden und hat eine Kommission ernannt, welche der mit der Geburtenstatistik betrauten Behörde als fachwissenschaftlicher Beirat dienen soll.

Um auch die klinischen Statistiken in eine einheitliche Form zu bringen und den Statistiken des Reiches und der Länder anzupassen, muß ein mit den statistischen Grundregeln vertrauter Assistent mit ihrer Anfertigung, Verwaltung und Verwertung beauftragt werden. Diese statistische Arbeit ist Sache der den Frauenkliniken einzufügenden Sozialabteilungen. Sie schließt die Teile der Mutterschaftsfürsorge zu einem Ganzen zusammen.

Die Mutterschaftsfürsorge wird erst dann auf festem Boden stehen und Erfolg erwarten können, wenn über Leben und Sterben von Mutter und Kind in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett eine ausreichende statistische Bearbeitung vorliegen wird. Erst auf diesem Grunde wird sich eine erfolgreiche praktische Fürsorge erwarten lassen. Ähnlich wie es in der Säuglingsfürsorge geschehen ist.

Um die Mutterschaftsleistung der Volksgemeinschaft zu überblicken, genügt nicht die Berechnung der jährlichen Geburten im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung oder zur Zahl der im gebärfähigen Alter stehenden Frauen, sondern es bedarf auch der Angaben über Alter, Dauer und Fruchtbarkeit der Ehe, Geburtenfolge und vieles andere.

Die bisher getriebene amtliche geburtshilfliche Statistik verschließt sich vielfachen und wichtigen Fragestellungen, weil sie nicht als Ursachenstatistik aufgebaut ist. Die klinischen Statistiken aber leiden nicht nur an dem schwerwiegenden Fehler der kleinen Zahl und ihrer subjektiven Betrachtung, sondern sie stehen oft im Widerspruch zu den Grundregeln der statistischen Wissenschaft.

Diesen Mangel zu beseitigen dient die zukünftige Reichsgeburtenstatistik.

Wie das gesamte Fürsorgewesen, leidet auch die Mutterschaftsfürsorge unter einer außerordentlichen Zersplitterung. Alle erdenklichen Beratungsstellen und Verbände haben sich ihr zugewendet. Träger der Fürsorge sind die Landesversicherungsanstalten, die Kommunen, die Krankenkassen, zum Teil auch die Reichsversicherungsanstalt und charitative Verbände.

Die Zersplitterung ist zum Teil auch dadurch bedingt, daß die Fürsorge durch bestimmte Personenkreise begrenzt ist. Die der Versicherungsträger durch die bei ihnen versicherten Personen und deren Familienangehörige. Dazu kommt die Begrenzung durch Konfession, Beruf, Betrieb usw.

Digitized by Google

Eine Zusammenfassung tut dringend not. Sie sollte durch die Gesundheitsbehörde der Stadt und des Kreises geschehen, welche die Versicherungsträger, die gesundheitsfürsorgerischen und wohlfahrtspflegerischen Verbände, Jugendämter, Ärzteschaft und Fürsorgepersonen zusammenschließt. Es führt zu keinem ersprießlichen Ergebnis, zu keiner Übersicht und zu unnötiger Mehrfacharbeit, wenn diese Stellen nebeneinander und oft aneinander vorbei arbeiten. Was also für notwendig erachtet wird, ist Arbeitsgemeinschaft der genannten Stellen unter Führung der gesundheitlichen Behörde. Diese muß die Zentralstelle sein und die Federführung haben. Dagegen kann Überweisung und Schriftverkehr von einer Stelle zur anderen unmittelbar geschehen, so z. B. von der Mutterschaftsfürsorgestelle zur Beratungsstelle für Geschlechtskranke und umgekehrt.

Versuche zur Zusammenfassung durch Arbeitsgemeinschaft sind mehrfach unternommen. Der Ordnung wegen nenne ich Rußland, von welchem immer wieder berichtet wird, daß es in seiner „Mutter und Kind" genannten großartigen Einrichtung in Moskau Mutterschaftsfürsorge in großem Maßstabe treiben soll.

Ich sage „soll", weil ich aus eigener Anschauung darüber nichts weiß. Und weil die mir aus literarischen, brieflichen und mündlichen Quellen zugehenden Berichte widerspruchsvoll und deswegen unbeurteilbar sind. Sie haben eine Stimmungsbreite von höchstem Überschwang des Lobes der Leistung bis zur völligen Negation. Für meine Auffassung ist alles, was über sozialhygienische Einrichtungen aus Rußland berichtet wird, in ähnlichem Maße unübersehbar, wie es von den Politikern und Volkswirten im Hinblick auf ihren Fragenkreis beklagt wird. Ich kann in die leichtgläubige Hinnahme derer nicht einstimmen, welche meinen, daß ein kurzer Aufenthalt in Rußland ihnen Einblick in die wahren Geschehnisse biete. Ich kann es nicht, obwohl mich die Kenntnis der russischen Sprache in gewissem Grade unabhängig macht von paradem äßigen Vorführungen und mich in den Stand setzt, auch hinter die Kulissen zu schauen. Und selbst wenn ein Teil der aus Moskau berichteten Maßnahmen und Erfolge wahr sein sollten, so darf nicht vergessen werden, daß Moskau nicht Rußland ist[1].

Mit diesen Ausführungen soll kein Werturteil ausgedrückt sein. Ich stehe den Aufbaubemühungen Rußlands mit warmer Sympathie aber völliger Objektivität gegenüber und bewundere die Kraft der Entsagung, mit welcher die Menschen dort unter vielem Verzicht auf Gegenwärtiges in die Zukunft bauen. Ich möchte nur wünschen, daß nicht alle guten Absichten an den Schwierigkeiten der Volksernährung und der bitteren Not des Lebens scheitern.

Daß ich das alles sage, geschieht in dem Wunsch, der nur so kurzen Erwähnung der russischen Einrichtungen eine Begründung zu geben, welche vor Mißdeutungen bewahrt ist.

[1] Jüngst hat mir ein Sozialhygieniker aus Charkow von großartigen, dort im Bau begriffenen Instituten für „Mutter und Kind", für Tuberkuloseforschung, für Strahlenkunde erzählt.

Digitized by Google

In manchen Provinzen sind Arbeitsgemeinschaften entstanden, welche namentlich in den Landbezirken durch Hergabe von Geldmitteln die fürsorgerischen Einrichtungen fördern. So wurden in den Provinzen Hessen-Nassau und Waldeck die Sozialversicherungen und die Wohlfahrtspflege vereinigt. Zum Zwecke der Mutterschaftsfürsorge sollte diese Arbeitsgemeinschaft besonderes Augenmerk der Schaffung geburtshilflicher Stationen, von Säuglings- und Wöchnerinnenheimen zuwenden und sich die Bereitstellung von schnellaufenden Krankentransportmitteln angelegen sein lassen, damit jede gefährdete Mutter und jedes gefährdete Kind schnellstens in die Anstalt überführt werden kann.

In Hamburg hat die Ärzteschaft, vertreten durch den Hartmann-Bund, auf Betreiben von Nevermann im Jahre 1928 die Schwangerenfürsorge übernommen und sich dabei sowohl räumlich wie auch tätig mit der Säuglingsfürsorge verbunden. Im Anfang des Jahres 1930 arbeiteten 7 Sprechstundenstellen unter ärztlicher Leitung mit je einer Fürsorgerin und einer Hebamme. Erstere wurde von der Landeszentrale, letztere unentgeltlich von der Berufsorganisation der Hebammen gestellt. Die Fürsorgestelle steht in Verbindung mit Jugendamt und Wohlfahrtsbehörde. Die Inanspruchnahme ist außerordentlich gering, was wohl dadurch zu erklären ist, daß die Einrichtung jung und der Bevölkerung noch nicht genügend bekannt ist und wegen Mangel an Geldmitteln der Propaganda nicht zugeführt werden kann. Die Schwangerenfürsorge in Hamburg steht auch in Arbeitsgemeinschaft mit dem Gewerbeaufsichtsamt, welches Ermittlungen über die Durchführung des Gesetzes über die Beschäftigung vor und nach der Geburt anstellt. Der Jahresbericht des Gewerbeaufsichtsamtes für das Jahr 1929 ist im Druck.

Nach dem Vorbilde der Säuglingsfürsorge sollte auch die Mutterschaftsfürsorge zentralisiert werden. Die Aufgabe der Säuglingsfürsorge kann im großen und ganzen als gelöst betrachtet werden bis auf einen Rest, welcher die Fürsorge für den Säugling in den ersten Lebenstagen betrifft. Hier bietet das Problem der Frühsterblichkeit erhebliche Schwierigkeiten der Lösung. Sie steht in engem Zusammenhange mit der Fürsorge in Schwangerschaft und Geburt und mit dem geburtshilflichen Geschehen im allgemeinen, so daß die Bekämpfung der Frühsterblichkeit als gemeinsame Aufgabe des Geburtshelfers und des Kinderarztes betrachtet werden muß.

Aus diesem Grunde empfiehlt es sich, von nun ab die Schwangerschafts- und Säuglingsfürsorge zu gemeinsamer Tätigkeit zusammenzutun und auch organisatorisch zur Mutterschaftsfürsorge zu vereinigen.

Für diesen Zweck schlage ich vor, eine „Deutsche Reichsfürsorge für Mutter und Kind" zu organisieren. Ihr liegt ob:

Digitized by Google

1. Einrichtung von gemeinsamen Schwangeren-, Mütter- und Säuglingsberatungsstellen.
2. Sammlung der Meldebogen.
3. Ausbildung der Fürsorgepersonen (Ärzte, Hebammen und Fürsorgerinnen).

Um ein übersichtliches Arbeiten oder ein zweckmäßiges Ineinandergreifen der Fürsorgestellen zu erreichen, wird man zur Einrichtung von Zentralstellen in Provinzen und Kommunen schreiten und eine Arbeitsgemeinschaft zwischen Versicherungsträgern, Wohlfahrtsverbänden und Ärzteschaft herbeiführen müssen.

An die Spitze der Zentralstelle gehört ein ärztlicher Stadtrat mit Sitz und Stimme im Magistrat.

§ 2 der Richtlinien über Gesundheitsfürsorge in der versicherten Bevölkerung vom 28. 7. 1925 spricht sich im Sinne der Arbeitsgemeinschaft aus. Er lautet: „Zur Förderung der gemeinsamen Zwecke in der Gesundheitsfürsorge sollen sich die Versicherungsträger untereinander und mit den Trägern der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege, mit den staatlichen und kommunalen Gesundheitsbehörden, mit der Ärzteschaft und anderen beteiligten Stellen in Arbeitsgemeinschaften, Zweckverbänden oder ähnlichen Vereinigungen verbinden. Aufgabe der Arbeitsgemeinschaften ist das Zusammenwirken ihrer Mitglieder zur Erreichung einer umfassenden und planmäßigen zusammenhängenden und möglichst wirksamen Gesundheitsfürsorge für die fürsorgebedürftige Bevölkerung, unbeschadet der besonderen Aufgaben, die den Gemeinschaftsmitgliedern nach Gesetz oder Satzung obliegen. Durch Arbeitsgemeinschaften werden die Ausgaben für unnötige Doppelleistungen vermieden und Mittel zur Steigerung der notwendigen Leistungen freigemacht, die Gesundheitsfürsorge im ganzen wird dadurch einfacher und wirtschaftlicher."

Auf dem Lande sind zum großen Teil noch die Wohlfahrtsämter als Gesundheitsämter tätig, während in den Städten die Trennung zwischen Wohlfahrts- und Gesundheitsämtern immer mehr vollzogen wird. Am Ende des Berichtsjahres 1928 sind in Preußen alle Kreise und Städte mit Wohlfahrtsämtern bzw. Gesundheitsämtern versehen, so daß jedem Fürsorgebedürftigen die Fürsorge erreichbar ist. Ich glaube aber, daß das nicht genügt, sondern daß der Weg umgekehrt sein muß: jeder Fürsorgebedürftige muß den Gesundheitsämtern erreichbar sein. Für die Mutterschaftsfürsorge wenigstens muß diese Forderung erfüllt werden.

Mit den Wohlfahrtsämtern organisch verbunden sind die Jugendämter. Ihnen liegt nach § 4 Ziffer 2 und 3 des Jugendwohlfahrtsgesetzes als besondere Aufgabe die wirtschaftliche Fürsorge für Schwangere und Wöchnerinnen, der Mutterschutz vor und nach der Geburt und die Wohlfahrt der Säuglinge ob. Das Gesundheitsamt auf der anderen Seite umfaßt die Angelegenheiten der sozialen Fürsorge auf gesundheitlichem Gebiet: die

Digitized by Google

Fürsorge für Säugling und Kleinkind, für Schwangere und Mütter, für Tuberkulöse, Geschlechtskranke, Trinker, Geisteskranke und Psychopathen.

Die Wohlfahrtsämter, in denen die gesamte Wohlfahrts- und Gesundheitsfürsorge zusammengefaßt ist, gliedert sich in drei Abteilungen: je eine für Gesundheitsfürsorge, Jugendfürsorge und allgemeine wirtschaftliche Fürsorge.

Eine musterhafte Einrichtung des Fürsorgewesens hat der Freistaat Sachsen. Durch das Wohlfahrtsgesetz vom 30. 5. 1918 ist ein Landeswohlfahrtsamt eingesetzt, welchem ein lückenloses Netz von 111 Pflegebezirken untersteht. In jedem Bezirk ist die Fürsorge für Mütter, Säuglinge, Kleinkinder, Tuberkulöse, Krüppel sowie die Wohnungsfürsorge zusammengefaßt.

Ähnliche Organisation ist in keinem Landes des Deutschen Reiches vorhanden. Preußen hat zwar ein Wohlfahrtsministerium als Zentralbehörde, welcher aber der Unterbau fehlt. Die Fürsorge ist den Gemeinden überlassen, welche vielfach die charitativen und die im Verein für private Fürsorge zusammengeschlossenen Verbände abgelöst haben.

In den Gemeinden pflegt das kommunale Gesundheitsamt, auf dem Lande das Kreiswohlfahrtsamt die Zentralstelle für alle Zweige der Fürsorge zu sein.

Die Zusammenfassung der Fürsorgestellen in Zentralen ist dringend zu empfehlen, damit Doppelarbeit vermieden wird. Ein Vorbild dafür ist Amerika, wo alle Fürsorgezweige in einem Gebäude untergebracht sind, gemeinsam verwaltet und durch eine gemeinsame Kartothek übersichtlich gemacht werden.

Leitsätze

1. Die Mutterschaftsfürsorge bedarf des Ausbaus und der Zentralisation in dem Sinne, daß
   a) alle Fürsorgebedürftigen frühzeitig erfaßt werden;
   b) die Zusammenarbeit mit anderen Fürsorgezweigen, insbesondere der Säuglingsfürsorge, der Tuberkulosefürsorge, der Geschlechtskrankenfürsorge hergestellt wird;
   c) eine ständige Verbindung besteht mit den gewerbeärztlichen Fürsorgeeinrichtungen in Fabriken und Handelsbetrieben und diesen ähnlichen Einrichtungen, welche für Hausangestellte und landwirtschaftliche Arbeiterinnen noch zu schaffen sind;
   d) jede von der Mutterschaftsfürsorge erfaßte Frau einen Gesundheitspaß erhält, in welchen alle Erhebungen und Untersuchungsergebnisse der Fürsorge eingetragen werden.

Digitized by Google

2. Als Organe der Mutterschaftsfürsorge sind einzusetzen
   a) der Arzt, sei es im Nebenamt, sei es als hauptamtlicher Fürsorgearzt;
   b) die als Fürsorgerin ausgebildete Hebamme (Hebammenfürsorgerin);
   c) die als Fürsorgerin ausgebildete Krankenschwester (Fürsorgeschwester);
   d) die ehrenamtlichen Helferinnen;
   e) die Fürsorgestellen;
   f) die Gebäranstalten;
   g) die Mütterheime;
   h) die Krippen;
   i) die soziale Krankenhausfürsorge.
3. Als Forschungs- und Lehrstätten der sozialen Gynäkologie sind Sozialabteilungen an Universitätsfrauenkliniken und Hebammenlehranstalten einzurichten. Eine ihrer wesentlichsten Aufgaben ist die Mutterschaftsfürsorge.
4. Als statistische Grundlage der Mutterschaftsfürsorge muß eine Reichsgeburtenstatistik geschaffen werden.

Digitized by Google

Autorenregister

Abderhalden 28

Bakscht 87
Behrendt 196
Beintker 31, 67
Beneke 120
Bluhm, Agnes 42, 74
Boekh 143
Bossi 60
Brähmig 60
Braeuning 127, 129
Brupbacher 43
Bublitschenko 152
Bucura 12

Calverton 145
Caspar 199
Coerper 130

Ditzel 156
Dörfler 122, 152
Düntzer 41
Dyhrenfurth 101

Engel 196
Erismann 30
Escherich 17

Fahlbusch 121
Ferrara, Merletto 74
Fetscher 187
Fischer, A. 113
Flaskamp 186
Fränkel, L. 6, 56
Freudenberg 140

Gaebel, Kaete 100
Gammelthoff 130
Geller 30f., 36, 68
Glaubitt 174
Glucker, A. 41
Gottstein 17, 42f., 59, 169
Granzow 125
Gruber 17
Guggisberg 28
Guzzoni 124

Hamburger 43
Hauptmann 61
Heydner 175
Hirsch, Max 6f., 31, 42, 46, 54, 59, 73, 101, 107f., 111, 122, 124, 146, 152, 163, 199
Hochsinger 131
Holzmann 4
Hübener 131
Hurwicz 78

Jakobs, F. A. 187

Kaup 30, 34
Kiffner 124
Kipping 156
Knopf 27
Krassilnikian 110
Küstner 31, 71ff., 112

Langer 113
Langstein 17, 114f.
Lascano-Halac 115
Laszlo 105
Lewinsohn 43
Loewenstein, Georg 151

Mar, Lisa 41
Marcuse, Hanna 22
Mayer, A. 152
Mende, Käte 22
Meyerstein 28
Müller, Joh. 41

Nassauer 145
Neisser 138
Neisser-Schröter, Lotte 187
Neumann, H. 17, 31, 36, 143, 145
Nevermann 205
Niedermeyer 6

Peller 73f., 118, 196
Pfaundler 133
Philipp 130, 132, 134
Prinzing 116, 124

Redeke 127
Reiter 141f.
Riebold 60
Rosenhaupt 17
Roesle 199
Rott 117

Salomon, H. C. 131
Scheumann 186
Schlossmann 118
Schmerling 87
Schneider 113
Schoedel 119
Schwartz 120
Seitz 120
Sellheim 6, 41, 61
Semmelweiß 166
Sieber 41
Siegel 112
Siegmund 120
Spenn 78
Stefko 55
Steinbacher 102
Stieve 61, 28
Straßmann 99
Szagunn, Ilse 24
Szerdjukoff 152

Teleky 30f., 62, 64, 68, 71ff., 92, 118, 165
Teruoka 30
Thiele 62
Trumpp 17
Tugendreich 140, 143, 167

Veit 124
Vögel 42, 111, 115, 158
Vollnhals, Alice 93, 108, 183
Vorster 141f.

Weichardt 102
Weickert s. Teleky 31, 64, 68, 71ff., 118, 165
Weinberg 154
Weissenberg 30
Welander 134
Wendenburg 117
Westenhöfer 30
Westmann 41
Winter 122, 152
Wittenbeck 69

Yllpö 113, 120

Digitized by Google

Sachregister

Abort (s. auch Abtreibung und Fehlgeburt) 108, 153ff., 177
— durch Bleivergiftung 109
— Freigabe 110f.
— Indikation 111
— und Konzeption 108
— Kriminalitätsziffer 108
— künstlicher 192
— durch Kurpfuscher 110, 192
— septischer 154
— und Syphilis 102, 131
— therapeutischer 124
— und Zeugungsfähigkeit 111
— -statistik 108f.
— -verhütung 109
Abtreibung (s. auch Abort) 48, 176, 192
Abtreibungsverbot 109
Alimentenklage 149
Amme 146
— Blutuntersuchung 147
Anstaltsentbindung (s. a. Entbindung und Geburt) 187f., 196
— und Wochenhilfe 197
— und Wohnungsnot 159
Antisepsis 152
Arbeit der Frau (s. a. Erwerbsarbeit) und Fehlgeburt 69, 108ff.
— und Geburtsverlauf 70
— Gewerbeaufsicht 191
— im Haushalt 62ff.
— und Nachgeburtsperiode 71
— und Säuglingssterblichkeit 118
— und Schwangerschaft 4f., 68ff., 92f., 98ff., 100, 102, 118, 181
Arbeiterin, kindliche 18ff.
— jugendliche 22ff.
Arbeitsniederlegung bei Schwangerschaft 77ff.
Arbeitsschutz, Schwangerschaft 79
Arbeiterschutzgesetz 25
Arbeitstag, Dauer 25
Arbeitsverbot, Schwangerschaft 94
Arbeitszeitordnung 77
Arbeitszeitverordnung 25
Arzt, Fortbildungskurse in Sozialhygiene 168
— Fortpflanzungstherapie 7
— Fürsorgeausbildung 198
— Gesundheitspaß 193, 207
Arzt in Gewerbeaufsicht 191
— Heilbehandlung 170
— Hochschulausbildung in Sozialhygiene 168
— Meldezwang der Schwangerschaft 191f.
— und soziale Fürsorge 9, 179
— freie Wahl 170
— beamteter Fortbildungskurse 180
— — und Fürsorge 168ff.
Asepsis 152
Asphyxie, kindliche 158
Atemgymnastik 37f.
Aufklärung, hygienische 185
Ausbildung, s. Fürsorgerin, Hebamme usw.
Auslese, geburtshilfliche 151ff., 159

Bauchmuskulatur, Kräftigung 39
Becken, enges 116, 155ff.
— und Leibesübungen 36f.
— form, Entwicklung 25, 29f., 36
— — und Erwerbsarbeit 25, 28f.
— messung, innere, als Infektionsquelle 157
— muskulatur und Gymnastik 37ff.
Behausungsziffer 150
Belehrung, hygienische 180, 185
Beratung, Heirat 185f.
— im Pubertätsalter 185f.
Beratungsstellen, Ehe- 47, 50, 186ff.
— Ehe und Geburtenreglung 186f.
— Geschlechtskrankheiten 137f.
— Geschlechtsleben 186ff.
— Schwangerschaft 166, 192
— — Schwangerschaftsverhütung 188
— sportärztliche 35
Berufsschäden 42, 169
— Sterilität 42
Besiedlungsdichtigkeit 150
Bleivergiftung und Abort 109
Brusternährung 47, 87, 96ff., 143
— und Arbeitswiederaufnahme 95
— und Hebamme 172
— und Stillgeld 95

Diabetes und Ehefähigkeit 51

Ehe, Eignungsprüfung s. Ehefähigkeit 53, 189

Digitized by Google

Ehe, Fürsorgestellen 183
— Wertung 57f.
Eheberatung 43ff.
— und Geburtenreglung 190
— und Mutterschaftsfürsorge 185f., 189f.
Eheberatungsstelle 47, 50, 190
Ehefähigkeit und Geisteskrankheiten 53
— und Geschlechtskrankheiten 52, 137f.
— und innere Erkrankungen 51
Eheform 3
Ehefruchtbarkeit 57
Eheschließung und Beratungsstelle 186
— frühzeitige 59
Eheunfähigkeit 51ff.
Eklampsie 38
Elternschaftsversicherung 59
Emboliegefahr durch Krampfadern 69
Empfängnisverhütung 5, 47, 55fl., 88, 190
— und Geschlechtsmoral 56
Entbindung (s. auch Geburt) 107
— in der Klinik 154f., 159
— — der Mehrgebärenden 163
Entbindungsanstalten (s. auch Wöchnerinnenheim) 160ff., 193ff., 208
— Entlassung, vorzeitige 196
— Fürsorgegesichtspunkte 198f.
Entbindungskostenbeitrag 81ff.
Entwicklungsstörungen der weiblichen Jugendlichen 28
Erbanlagen 49ff.
— und Eugenetik 49ff.
— der unehelichen Kinder 141f.
Erholungsbedürftigkeit und Mutterschaftsleistung 105
Erholungsfürsorge 33, 105
— weiblicher Jugendlicher 33
Erholungsurlaub weiblicher Jugendlicher 32
Ermüdung, Messung 63
Erstgeburt 120f.
Erwerbsarbeit der Frau (s. auch Arbeit) 4f., 59ff., 103, 103ff.
— und enges Becken 116, 156
— und Frühgeburt 70
— und Geburtenzahl 102
— und Geburtsgewicht des Kindes 72f.
— und Größe des Neugeborenen 74
— und Mutterschaftsleistung 4f., 98
— und Nachgeburtsstörungen 71
— und Säuglingssterblichkeit 95
— und Schwangerschaftsstörungen 64f.
— und Totgeburten 75
— und Wehendauer 71
Eugenetik und Erbanlagen 49ff.
— und Geburtenbeschränkung 47, 125
— sozialhygienische 50

Fabrikarbeit und Schwangerschaft 98
— und Stilltätigkeit 198
Familie, Kopfzahl 46
Familie und Krankheitsdisposition 11
Familienwochenhilfe 82f., 86f., 163
Fehlgeburt (s. auch Abort) 15, 108ff.
Fehlgeburten, Kriminalitätsziffer 108
Fehlgeburtenstatistik 69
Fortbildung 179
Fortbildungsschulpflicht und Pubertätsfürsorge 34
Fortpflanzungsfürsorge (s. auch Mutterschaftsfürsorge) 7
Fortpflanzungsleistung 2, 8f., 44
— Fürsorgebedürftigkeit 11
— und Gesundheitspaß 193
— der Heimarbeiterin 102
— bei landwirtschaftlicher Arbeit 101
— Schutz 179
— Statistik 199
— Störungen (s. auch Schwangerschaft) 9f.
— und Tuberkulose 126f.
— und Volksgemeinschaft 5
— und Wohnungsnot 150
Fortpflanzungspflege 189
Fortpflanzungsregelung 43ff.
Fortpflanzungstherapie 7
Frau, Alter und Geburtsverlauf 156ff.
— Erwerbsarbeit 4f., 59ff., 68ff., 92f., 98ff., 100, 102, 112ff., 118, 169, 181
— — Bedingungen 62
— — und Frühgeburt 70
— — Tageslauf 63
— Fortpflanzungsleistung 9
— Fürsorgebedürftigkeit 11ff.
— Körperhygiene 15, 182
— Minderkraft 61
— Mutterschaft, Lebensleistung 98
— Unehelichkeit 138ff.
— vorzeitiger Verbrauch 67
— und Zivilisation 99
— Zuverdienst 103
Frauenheilkunde, soziale 9
Frauenhilfe, evangelische 176
Frauenkunde, soziale 1ff., 2, 6
Fruchtabtreibung (s. auch Abtreibung und Abort) 48
Frühgeburt 15, 112ff., 167
— Aufzucht 115
— Erhaltung 113
— Ernährung 114
— Fiebertodesfälle 153
— und Frauenarbeit 70, 75
— Fürsorge 114
— Gehirnschädigung 120
— Infektionsschutz 114
— lebensfähige, Mindestgewicht 120
— Leistungspflicht d. Krankenkasse 115
— und Säuglingssterblichkeit 119
— durch Schnittentbindung 114
— und Syphilis 130
— und Totgeburt 113
— und Unehelichkeit 140

Digitized by Google

Frühgeburt, Wärmeregulationsvermögen 120
— Wärmeschutz 114
Frühsterblichkeit 117
Fürsorge und Abtreibung 177
— Alkohol 176
— in Amerika 207
— Aufgaben 9f.
— Ausbildung in 206
— ärztlicher Stadtrat 206
— ehrenamtliche 176
— und Entlassung aus Entbindungsanstalt 199
— Erholung 170, 176
— Ernährung 170
— der Familie und Schwangerschaftserfassung 192
— Frühgeburt 114
— Geburt 3, 15f., 158ff.
— Geschlechtskrankheiten s. unter Geschlechtskrankheiten 135ff.
— geschlossene, Heime 145, 193
— — Mutterschaft 167
— — und Schwangerschaft 183
— — bei Unehelichkeit 145
— Gesundheitspaß 193
— halboffene 197
— des Kleinkindes 17f.
— konfessionelle 176, 194
— und Krankheitsdisposition 10f.
— im Krankenhaus 199, 208
— auf dem Land 179, 206
— Mehrfacharbeit in 193
— für Mutter und Kind im Deutschen Reich 205f.
— Mutterschaft, s. Mutterschaftsfürsorge 7f.
— offene, bei Unehelichkeit 146
— öffentliche, Reichsgrundsätze 88ff.
— Organe 167ff.
— prägravide 16ff.
— praktisches Jahr 178
— Prüfung, staatliche 177f.
— Säugling 17f., 129, 167, 172, 174, 179, 183, 194
— Syphilis 176
— des Schulkindes 17f.
— schulentlassene Mädchen 32f.
— Schwangerschaft (s. unter Schwangerschaft und Mutterschaftsfürsorge) 3, 15, 104, 176, 181
— staatliche, Aufgaben 5, 54f.
— und Statistik 203
— Stilltätigkeit 167
— Tuberkulose 128f., 176, 178f., 207f.
— Übermaß 13
— Unterricht der Hebamme 172
— -wesen in Sachsen 207
— Wochenbett 167
— Zentralisation 7, 169ff., 207ff.
Fürsorge-Zentralstellen 184f.
— Zeugung 7, 15
Fürsorgearzt 14
— beamteter 168
Fürsorgebedürftigkeit, Begriff 11ff.
Fürsorgedienst, Arzt im 167ff.
— als Ehrenamt 176
— Hebamme im 172
— Hilfspersonen, Vorbildung 167f.
Fürsorgeleistungen 76
— Erweiterungsvorschläge 91
Fürsorgerin 171
— Aufgaben 176f.
— Ausbildung 175f., 177f.
— Zahl der angestellten 179
Fürsorgeschwester 208
Fürsorgestellen, Angliederung 184
— Anzahl 183
— Behandlung durch 170f., 179
— Schwangerschaft 181
Fürsorgevereine, katolihsche 194
Fürsorgewesen, Unterricht im 169, 177

Gattenwahl 49
Gebäranstalten 193
Gebärmutter (s. auch Uterus), Blutungen 69
Geburt (s. auch Entbindung und Niederkunft) 3, 98, 153ff.
— und Abort 108
— Arbeit nach 95
— Arbeitspause nach der 75ff.
— zu Haus 181
— kindliche Herztöne 158
— in der Klinik 107, 154f., 159
— Kliniküberführung 151, 155, 158
— als Krankheit 99, 107
— künstliche 156
— und Lebensalter 121
— Lebensgefährdung, erhöhte 160
— normale, Begriff 160
— operative 29, 151, 155
— Schmerzlosigkeit 163, 166
— Todesfälle an Kindbettfieber 155
— und Tuberkulose 125ff.
— uneheliche 78, 139ff.
— Verschleppung 157f.
— Wendung bei 156
— Wundinfektion 153
— durch Zange 29, 156
— Zwillinge 124
Geburtenbeschränkung nach eugenetischer Indikation 15, 47
— soziale Indikation 15, 46f.
— nach zeitlicher Folge 46f.
Geburtenregelung (s. auch Geburtenbeschränkung) 15, 47, 190
— Abtreibungsverbot 109
— und Eheberatung 186f., 190
— in England 48

Digitized by Google

Geburtenrückgang 5, 44f., 48, 58, 161
— Abstellung 106
Geburtenzahl und Erwerbstätigkeit 102
— und Stilldauer 47
Geburtenziffer 42ff.
— uneheliche 139ff.
Geburtsablauf und Erwerbsarbeit 5, 70ff.
Geburtsablauf und Wohnungsverhältnisse 151
Geburtsdauer und Erwerbsarbeit 71ff.
— und Alter der Mutter 156ff.
Geburtseinwirkung auf Erstgeborene 121f.
Geburtsfürsorge 158ff.
— Asepsis 167
— Leitsätze 166f.
Geburtsgewicht und Berufsarbeit 118f.
Geburtsgröße und Erwerbstätigkeit 74
Geburtshilfe in Amerika 162
— Behelfsmaßnahmen 158
— Deutsche Gesellschaft, Kongress 2.
— Frühdiagnostik und 157
— Leistungen der 152
— Neuordnung 155, 196
— operative (s. auch Schnittentbindung) 122f.
— Schulung des Auges 157
— innere Untersuchung 157
— verbesserte, und Kindersterblichkeit 123
Geburtstrauma und Säuglingssterblichkeit 119f.
— und Unehelichkeit 141
Geburtsverlauf, Beaufsichtigung 181
Geburtswege und Alter 156
— und Operationsnotwendigkeit (s. auch Schnittentbindung) 151, 155f.
Geisteskrankheiten und Ehefähigkeit 53
Gemeindeschwester 179
Genitalorgane, Hypoplasie 8, 28
— Schädigung der Funktion 6, 31
Geschlechter, Unterschiede 59ff.
— Gleichheit und Mutterschaftsfürsorge 107
— Verhältnis der 3
Geschlechtskrankheiten (s. auch Syphilis und Gonorrhöe) 135ff.
— Bekämpfung 137f.
— — und Ammenwesen 147
— — Zentralkomitee 185
— Beratungsstellen 137f., 186
— und Ehefähigkeit 52, 186
— Feststellung der Infektiosität 137f.
Geschlechtsleben, Beratungsstelle 186f.
Geschlechtsmoral und Empfängnisverhütung 56
Geschlechtstrieb 8
Geschlechtsunterschiede 59ff.
Gesetz, Arbeiterschutz 25, 191
— Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 137
Gesetz, Erwerbsarbeit von Kindern 19
— Haushilfe 22, 78, 106
— Hebammen 171f.
— Jugendwohlfahrt 143f., 149
— Krankenversicherung 79f.
— Lohnammenwesen 146
— Wochenhilfe und Fürsorge 80ff., 196
Gesetzbuch, bürgerliches 144
Gesetzesvorschlag, Arbeitsschutz 191
— Beschäftigung in Hauswirtschaft 78
— Kinderarbeit in Landwirtschaft 21f.
— für weibliche Jugendliche 31f.
— Unehelichenrecht 148f.
Gesundheitsamt 206
— und Fürsorge 206
Gesundheitsfürsorge, Prüfungsfach 168, 178
— Zusammenarbeit in der 169f.
Gesundheitsfürsorgeschule 180
Gesundheitspaß 193, 207
Gesundheitsschädigungen, Arbeit von Frauen während Schwangerschaft 64, 68ff., 112ff.
— Arbeit von Jugendlichen 24, 27
Gesundheitsschädigungen, Arbeit von Kindern 18ff., 26
Gewerbearzt 191
Gewerbeaufsicht, Erfassung der Schwangeren 191
Gewerbegynäkologie 15, 116
Gewerbehygiene und Abortverhütung 109
Gonorrhöe 15f., 135ff.
— und Ehefähigkeit 138
— und Sterilität 52
Gymnastik 35f., 64
— und Beckenbodenmuskulatur 38f.
— und innere Organe 38
— in der Schwangerschaft 37ff.
— im Wochenbett 37
Gynäkologie, Fragestellungen 1ff.

Haltungsfehler bei Mädchen 37
Hausbesuche bei Schwangerschaft 177, 181, 188
Hausfrauenarbeit und Erwerbsarbeit 62
— Umstellung 63
Haushalt, Aufwand 103
Haushilfengesetz 22, 78, 106
Hauspflege 105, 107, 163ff., 182
— durch Krankenkassen 163
— durch Vereine 164
Hauswirtschaftspflege 165
Hebamme 154, 158, 171ff.
— in Amerika 162
— Ausbildung 172, 175, 178
— Dienstanweisung 172
— Einkommen 173ff.
— Fortbildung 172, 180
— Fürsorgeausbildung 198, 208
— Gesundheitspaß 193
— Meldezwang d. Schwangerschaft 191f.

Digitized by Google

Hebamme und Mutterschaftsfürsorge 174ff., 208
— und Säuglingsfürsorge 174, 208
— Zahl der 173
Hebammengesetz 171f.
Hebammenhilfe 86
— unentgeltlich 196
Hebammenwesen, Reform 171ff.
Heirat, Alter 56f.
— Aussichten 56f.
— Beratung 185f.
— Zeugnis 49
— und Geschlechtskrankheiten 137f.
Herztöne, kindliche 158
Hochschulunterricht der Sozialabteilungen 198
Hygiene (s. auch Berufsschäden) der Arbeit 182
— der Pubertät 8, 15
— des weiblichen Körpers 8, 15, 182
Hygiene-Museum, deutsches 180, 185

Impotenz durch Diabetes 51
Indikation zur Geburtenbeschränkung 46f.
— zur Schwangerschaftsunterbrechung 125ff.
Infektionsgefahr durch Krippen 198
Infektionsquelle, vaginale Untersuchung 157

Jugend, weibliche 22ff.
— — Arbeitsbedingungen 23
— — Arbeitsschutz 23
— — Arbeitsschutzbestimmungen 106
— — Arbeitstauglichkeitsuntersuchung 32
— — Beckenform, Beeinflussung 25, 29f., 36
— — Berufsberatung 23
— — Berufsschädigungen 24ff., 31, 36
— — Entwicklungsstörungen 28
— — Erholungsfürsorge 33
— — Erholungsurlaub 32
— — Erwerbstätigenzahl 23ff.
— — Genitalorgane, Schädigung 31
— — Konstitutionsschwäche 36
— — Schutz-Gesetzesvorschlag 31
— — und Tarifverträge 26f.
— — in Textilindustrie 24, 27, 30
— — — Schwangerschaft 36
— — Unterricht 23
Jugendamt 143, 206
— und Kreisarzt 146
— bei Unehelichkeit 143
— und Ziehkinderwesen 146
Jugendliche, Alterskennzeichen 23
— kriminelle 46
— Schwangere und Totgeburt 116
Jugendwohlfahrt, Reichsgesetz 143, 149

Kind, Angst vor dem 5, 14
— Arbeit in der Hauswirtschaft 22
Kind, Arbeit in Landwirtschaft 21f., 26
— Erwerbstätigkeit 18ff.
Kind, Geburtsgewicht 118f.
— — und Erwerbstätigkeit 72
— Herztöne 158
— Krippen 198
— in Pflege 146
— Rückgratverkrümmung 21
— sozial wertvolles 54
— Schutzgesetz 20
— Sterblichkeit bei Brusternährung 143
— — bei künstlicher Ernährung 143
— uneheliches 138ff.
— — und Invalidenversicherung 148
— — konstitutionelle Mängel 143
— — und Krankenkasse 147
— — und Unfallversicherung 148
— Unterernährung 21
Kindbettfieber (s. auch Wundinfektion) 153ff.
— und Wohndichtigkeit 151
Kinderaufzucht und Erwerbsarbeit 5, 45
Kindersterblichkeit 43
Kinderzahl und Säuglingssterblichkeit 16, 95
Kindslagen, abnorme 156
Kleinkind, 16
Klima und Krankheitsdisposition 11
Kohabitation und Trunkenheit 142
Kommunalarzt 169f.
Konstitutionsdiagnose 152, 181
Konstitutionshygiene, sportliche 35
Konstitutionspflicht 34
Konstitutionsschwäche weiblicher Jugendlicher 36
Kontrolliste für kindliche Herztöne 158
Konzeptionsertrag 43
Konzeptionsziffer 43
Kopfzahl der Familie 46
Krampfadern 39f., 68
Krankenhausfürsorge 199, 208
Krankenkassen und Anstaltsentbindung 159f.
— u. Erfassung der Schwangerschaften 192
— und Hauspflege 163ff.
— und hygienische Volksbelehrung 180, 185
— Leistungspflicht bei Frühgeburt 115
— und Unehelichkeit 147
— Wochenhilfe 84ff., 94, 160, 164f., 192
— und Wöchnerinnenheime 160
Krankenpflegeschule 178
Krankheit, Begriff 99
— — und Frühgeburt 115, 167
— — und Geburt 160
— — und Wochenbett 99, 107
Krankheitsdisposition 10f.
Krankheitsziffer während der Schwangerschaft 68
Kreisamt und Gewerbeaufsicht 191

Digitized by Google

Kreisarzt, Hebammenbeaufsichtigung 172
— und Mutterschaftsfürsorge 169
Kriminalitätsziffer der Fehlgeburten 108
Krippen 194, 198

Lebensschwäche unehelicher Säuglinge 140
Leibesübungen (s. auch unter Gymnastik) 34ff.
— und Fortpflanzungsleistung 35
— Leitsätze 14, 106, 166, 207
— und Menstruation 37

Medizinstudium, Sozialhygiene 168
Mehrlingsschwangerschaft 123ff.
Menstruation 8, 60f.
— und Leibesübungen 37
— und Tuberkulose 125
Merkblätter betr. Schwangerschaft 193
Milchbildung und Tuberkulose 125
Mission, innere 176, 194
Mutter und Kind 7, 196
— — Deutsche Reichsfürsorge 205
— uneheliche 4, 141
— — Verein 195
Mütterheime 194ff.
— und Säuglingsheime 196
Mutterschaft, Lebensleistung 98
— Volksbelehrung 185
— der Textilarbeiterinnen 45
Mutterschaftsbefähigung 16, 31
— und Leibesübungen 34
Mutterschaftsbewegung 4
Mutterschaftsfürsorge, Abort, therapeutischer 15, 124ff.
— Abortverhütung 15, 109
— Anstaltsentbindung 107, 154f., 159, 187f.
— — der Mehrgebärenden 163
— Arbeitsgemeinschaften 205
— und Arbeitslosigkeit 148
— und Arbeitsniederlegung 106
— und Arzt 14, 167ff.
— Aufgaben 9, 13ff., 91ff., 152
— Beamtenschaft in 169, 180
— und enges Becken 156
— Begrenzung 7
— Begriffsbestimmung 7f.
— Begründung 6
— Beratung, ärztliche 187
— Brusternährung des unehelichen Kindes 143
— Dauer 102
— und Eheberatung 15, 185f., 189f.
— Eheeignungsprüfung 53
— und Eheschließung, frühzeitige 58f.
— Erholungsfürsorge 105
— und Familienfürsorge 179
— und Fortpflanzungsfähigkeit 32
— Fortpflanzungsleistung 44, 197
Mutterschaftsfürsorge, Fortpflanzungsregelung (s. auch Geburtenregelung) 15, 53
— und Frühgeburt 15, 112, 115
— Frühgeburtverhütung 120
— Geburtsfürsorge 15f., 158ff.
— geburtshilfliche Auslese 15, 166
— Gesundheitspaß 193, 207
— u. Geschlechtskrankenfürsorge 134f.
— geschlossene 193f.
— Gravidität 59ff.
— und Hauspflegevereine 15, 164
— Hauswirtschaftspflege 165
— und Hebammenwesen 15, 174ff.
— der Heimarbeiterin 102
— Hilfspersonen, Vorbildung 167f.
— Jugendamt 144
— Klein- und Schulkind in der 16ff.
— und Kinderarbeit 21
— Kindersterblichkeit 123
— und Krankenhausfürsorge 199
— und Krankenkassen 84ff.
— Kreisamt 168f.
— auf dem Lande 22
— Leibesübungen 34ff.
— Leitsätze 15, 106f.
— Methodik 9
— Organe 167ff.
— postgravide 15, 167ff.
— prägravide 8f., 15, 16ff.
— und Reichsverfassung 5
— Reichszentrale 185
— und Säuglingsfürsorge 7, 13ff., 205
— in Sowjet-Rußland 107, 204
— Sozialabteilungen 197f., 208
— und Syphilis 16, 129ff.
— Schwangerschaftsunterbrechung (s. auch Abort und Schwangerschaft) 15
— — bei Tuberkulose 126
— und Statistik 203
— und Totgeburt 15, 116
— und Tuberkulose 125ff.
— und Unehelichkeit 15, 143
— im Unterricht 178
— Vereinheitlichung 189, 203f., 207f.
— Washingtoner Abkommen 76
— und weibliche Jugend 15, 23
— Wirkungsmittel 13
— Wochenhilfe 119
— und Wohnungsnot 16, 149ff.
— Zentralisation 203
Mutterschaftsgedanke 2
Mutterschaftsleistung (s. auch Frau und Schwangerschaft) 59, 104
— und Erholungsbedürftigkeit 105
— und Erwerbsarbeit 59ff., 98
— Leistung am Staat 5, 102
Mutterschaftsversicherung 105f.
Mutterschulung 17
Mutterschutz 3f., 139
— Deutscher Bund 4, 195

Digitized by Google

Neuordnung der Geburtshilfe 155, 196
Niederkunft (s. a. Geburt) als „Krankheit" 160
— ohne Sachverständigenbeistand 173
Nachgeburtsstörungen und Erwerbsarbeit 71
Nothilfe in der Geburt 158

Präventivmethoden (s. auch Empfängnisverhütung) 55
Pubertät, Fürsorge 8, 15, 33, 185
Pubertätsalter, Hygiene des 8, 15, 23, 33,
— — und enges Becken 156

Rasse und Krankheitsdisposition 11
Recht und Unehelichkeit 139
Reichsgesetz s. unter Gesetz
Reichsgrundsätze für öffentliche Fürsorge 88ff.
Reichsjugendwohlfahrtsgesetz 139
Reichsstatistik 198
Reichsverfassung und Mutterschaft 5
Reichsversicherungsordnung und Unehelichkeit 147
— Wochenhilfe 80ff.
Reichswochenhilfe 79f.

Säugling, Fürsorge und Hebamme 172, 174
— — Leitsätze 167, 179
— — und Mutterschaftsfürsorge 7, 205
— — des syphilitischen 132
— — und Tuberkulosefürsorge 129
— — und Ziehkinderwesen 146
— Fürsorgestellen 183f., 194
— Gehirnschädigungen 120
— Infektionsschutz bei Tuberkulose der Mutter 128
— Krankheiten 120
— — und Wohndichtigkeit 151
— Lebensschwäche in Sterblichkeitsstatistik 117
— Syphilis, Diagnose 133
— syphilitischer, als Infektionsquelle 134
— — Beobachtungsabteilungen für 135
— Sterblichkeit 95, 98, 118f., 174
— — frühe 15, 121f.
— — — bei ehelichen 121
— — — bei kongenitaler Syphilis 131
— — — bei unehelichen 121
— — und Geburtstrauma 119f.
— — und Kinderzahl 95
— — Lebensschwäche 119
— — und Stilldauer 96
— — der unehelichen 139ff.
— — — Krankheitsursachen 141
— — — durch Lebensschwäche 140
— — Ursachen 119
— Sterblichkeitsstatistik 119
Säuglingsheime 167, 194
Säuglingspflege, Schule 178, 180
— Unterricht der Fürsorgerin 177
Säuglingsschutz, Vereinigung 185
Schnittentbindung 114
Schulalter, Erkrankungen 18
— Sterblichkeit 18
Schulanfänger, Erkrankungen der 18
Schule und hygienische Volksbelehrung 185
Schulkind 16
Schutzbestimmungen 76
Schutzmittel, intrauterine 55
Schwangerengeld 82ff.
Schwangerschaft, antisyphilitische Behandlung 131, 133
— Arbeitsniederlegung 77, 84, 91ff. 104ff.
— Arbeitsschutz 79
— Arbeitsverbot 94
— Belehrung 177
— Beratung 166, 192
— Blutuntersuchung auf Syphilis 134
— Eklampsie 38
— Erfassung 191f.
— und Erwerbsarbeit 4f., 68ff., 92f., 98ff., 100, 102, 112ff., 118, 181
— Erwerbsbeschränkung 10, 12, 99, 107, 181
— und Fabrikarbeit 98
— Fürsorge 3, 9, 176, 181, 183f., 205
— — und Erwerbslosenunterstützung 104
— — geschlossene 183
— — Lohnausfallersatz 85, 92, 107
— Fürsorgebedürftigkeit 11ff.
— Geldunterstützung 78
— Gesundheitspaß 193
— und Gewerbeordnung 62
— Hängebauch der Textilarbeiterinnen 36
— Hausbesuche 177, 188
— Hausgehilfengesetz 78
— Hebammenberatung 172
— Heime 193f.
— Hygiene 182
— und Krampfadern 39f.
— Leibesübungen, verbotene 40
— körperliche Leistung durch 61ff.
— Meldezwang 191
— Merkblätter 193
— und Mutterschaft 98
— Reichsversicherungsordnung 78
— seelische Veränderungen 61
— und Syphilis 130f.
— — und Blutuntersuchung 130, 132
— — Meinicke-Reaktion 132
— Syphilisdiagnose 130, 132
— Schutzbestimmungen 76ff., 92ff., 98, 101ff.
— Störungen durch Erwerbsarbeit 12, 64, 68ff., 73ff., 109, 116
— — Unterricht der Fürsorgerin 177
— Toxikosen und Frühgeburt 112f.

Digitized by Google

Schwangerschaft und Tuberkulose 125ff.
— und Tuberkulosefürsorge 128, 207
— Umweltsbedingungen 5, 10, 13, 49, 62ff., 118
— uneheliche, und Arbeitslosigkeit 148
— — Fürsorge 144
— — und Totgeburt 116
— Unterbrechung (s. auch Abort und Abtreibung) 188
— — und Beratungsstelle 186f.
— Unterbrechung, Freigabe, Folgen 110f.
— — bei Tuberkulose 126f.
— Untersuchung 177
— — innere 157
— Verhütung 5, 47, 55, 188, 190
— Verlauf, Beaufsichtigung 181
— — Unterricht der Fürsorgerin 177
— — Aufzeichnungen 177
— Versicherungsschutz 79ff.
— Washingtoner Abkommen 76f., 79, 80, 106
Sexualberatungsstellen 47f., 186ff.
Sozialabteilungen der Mutterschaftsfürsorge 193, 197f., 208
— und Statistik 203
Sozialakademie 168
Sozialgynäkologie 1, 9
Sozialhygiene, Fortbildungskurse 168
— im Medizinstudium 168
Stadtrat, ärztlicher 206
Statistik, Anstaltsentbindung 159ff.
— Arbeiterin, Arbeitsdauer 26
— Eheberatung 186ff.
— Ehefruchtbarkeit 57
— Erschöpfungskrankheiten 67
— Erstgeburten 58
— Erwerbsarbeit und Kinderaufzucht 45
— Fehlgeburten 69, 108ff.
— Frühsterblichkeit der Säuglinge 117
— Fürsorgestellen 183
— Geburten 200ff.
— — operative 29
— Geburtsablauf 70f.
— Haltungsanomalien 37
— Hängeleib und Schwangerschaft 36
— Hebammen 173
— Heiratsalter 56f.
— Kinder, erwerbstätige 19
— Kindbettfieber 153ff.
— kriminelle Jugendliche 46
— Mädchen, Berufseinwirkungen 24
— Mehrlingsschwangerschaft 124
— Neugeborenengewicht 74
— Säuglingssterblichkeit 95, 98
— Schwangerschaft und Arbeitsniederlegung 92f.
— — und Erwerbsarbeit 100
— Sterblichkeit 65f.
Statistik, Stilltätigkeit 87f., 96
— Syphilis, kongenitale 136
— Totgeburten 75, 116, 122
— Überfruchtbarkeit 42f.
— Unehelichkeit 139ff.
— Wochenhilfe 84ff.
— Wohnungsnot 150
Sterblichkeit der Frauen 65f.
— — verheiratet 65
— der Frühgeborenen 113f.
— an der Geburt 162
— gesamte 117f.
— an Kindbettfieber in Amerika 162
— der Kinder 123
— — bei Brusternährung 143
— — bei künstlicher Ernährung 143
— der Mütter 162
— der Neugeborenen, frühe 117ff.
— der Säuglinge 95, 98, 113, 118f., 174
— — unehelicher 139ff.
— im Schulalter 18
— bei Tuberkulose 128
Sterblichkeitsziffer der Säuglinge 113
Sterilität durch Berufsschäden 42
— (s. auch Unfruchtbarkeit) 52
Stilldauer 96f.
Stillgeld 83ff., 95ff., 197
— und Arbeitswiederaufnahme 95
Stillstuben in Großbetrieben 96f., 198
Stilltätigkeit (s. auch Brusternährung) 96ff., 167, 198
— und Krippen 198
— Schutzfrist 98
— Verdienstausfallsentschädigung 97
Stillziffer 174
Syphilis 130ff.
— und Abort 131
— und Amme 147
— Diagnose während Schwangerschaft 130
— und Ehefähigkeit 52, 138
— Frühgeburt 112f., 130
— Frühsterblichkeit der Säuglinge 131
— Fürsorge 176
— Fürsorge, geschlossene, für Mutter und Kind 134f.
— hereditäre, Diagnose 133
— und Schwangerschaft 130f.
— Totgeburt 130
— und Unehelichkeit 140

Todesursachenstatistik der Frau 67
— Lebensschwäche 117
Totgeburt 15, 115ff., 122
— und Erwerbsarbeit 75
— und uneheliche Schwangerschaft 116
— und Syphilis 130
Tuberkulose, Diagnose 127
— Fürsorge 128f., 176, 178f., 207
— Meldepflicht 129
— und Menstruation 125
— und Schwangerschaft 125ff.

Digitized by Google

Tuberkulose und Schwangerschaft, Infektionsschutz des Säuglings 128
— — Röntgenuntersuchung 127
— und Wohndichtigkeit 151
Tuberkulosebekämpfung, Zentralkomitee 185
Tuberkulosesterblichkeit 128f.
— der weiblichen Jugendlichen 27f.

Ueberfruchtbarkeit 42f.
Unehelichenrecht, Gesetzentwurf 148f.
Unehelichkeit 4, 138ff.
— Bürgerliches Gesetzbuch 144
— besondere Fürsorge bei 167
— geschlossene Fürsorge 145
— offene Fürsorge 146
— Geburtsziffer 139ff.
— und Geburtstraumen 141
— Jugendamt 143
— Konkumbenten 149
— Mehrverkehr 149
— Mutter 141
— und Reichsversicherungsordnung 147
— Unterhaltspflicht 149
— Vater 142, 148f.
— Vaterschaftsfeststellung 149
— Vormundschaft 144
Unfruchtbarkeit 41ff.
Uterus (s. auch Genitalorgane), Entfernung bei Tuberkulose 126

Vater, unehelicher 142, 148f.
Vererbung und Mehrlingsschwangerschaft 124
Verhütung der Schwangerschaft (s. auch Empfängnisverhütung) 188
Verhütungsmittel, intrauterine 55
— künstliche 47, 55
Versicherung, Elternschaft 59
— Invalidität 148
— Unfall 148
Versicherungsschutz der Schwangerschaft 79ff.
Versicherungswesen, Unterricht der Fürsorgerin 177
Volksbelehrung, hygienische 180, 185
Vormundschaft 144

Washingtoner Abkommen 76f., 79, 80, 106
Wehendauer und Erwerbsarbeit 71
Wochenbett, Dauer 161
— — und Kinderzahl 165
— und Erwerbsarbeit 5
Wochenbett, Fürsorge 3, 167
— Gymnastik 37
— Hilfskasten 182
— Kindbettfieber 153ff.
— als Krankheit 99, 107
— und Tuberkulose 125
Wochenfürsorge (s. auch Wochenhilfe), Jugendamt 89f.
Wochengeld 81ff., 192
— und Hauspflege 164
Wochenhilfe 4, 13, 81ff., 95, 106, 119, 163, 182, 198
— bei Anstaltsentbindung 197
— und Arbeitswiederaufnahme 95
— Auszahlung 163, 192
— Gesetz 196
— durch Krankenkassen 84ff., 94, 160, 164f.
— unzureichende 92, 93, 94
— Zuschüsse 84
Wöchnerin, Versorgung durch Hebamme 172
Wöchnerinnenheime 82, 86, 88, 107, 160f., 193, 195ff.
— und Krankenkasse 160
Wohlfahrtsamt und hygienische Volksbelehrung 180
Wohlfahrtsschule 178
Wohndichtigkeit 150
— und Säuglingserkrankungen 151
Wohnung, Hygiene 182
— kleine 150
Wohnungsbesichtigung bei Kindbettfieber 151
Wohnungshygiene 151
Wohnungsnot 149ff.
— und Anstaltsentbindung 159
Wundinfektion, puerperale 153

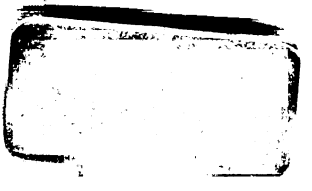
Zangengeburten 156
Zeugung 7
— zielbewußte 49
Ziehkinderwesen 146
Zivilisation, künstliche Bedingungen 100

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

304 M75
v.15
Monographien zur frauenkunde
und konstitutionsforschung
BORROWER'S NAME
INDERY
APR 10 '33H



Digitized by Google

UNIVERSITY OF MINNESOTA
wils no.15
304 M75
Monographien zur frauenkunde und konstit
3 1951 002 248 648 3

Das Weib in anthropologis trachtung

Von wei , Vorstand des Anatomi Dritte Au umgearbeitet und ergänzt nach sexual-biologischer soziologischen Gesichtspunkten zu

Grundlagen der Frauenkunde von Dr. **Max Hi**

V, 112 Seiten mit 23 Abbildungen sowie 13 Kurven und Diagrammen im Text. 1928. gr. 8°. K R

Blätter für Volksgesundheitspflege:
Max Hirsch, der anerkannte und verdienstvolle Forscher und Verkünder einer schaftlichen Frauenkunde, hat das Werk auf Grund der neuen Ergebnisse, letzten Jahre gezeigt haben, vollständig umgearbeitet. So zeigt die 3. Aufla neue Gestalt: „indem sie die Frau als Gattungs- und Gesellschaftswesen in de die ersten Auflagen gebotenen Kürze darstellt, liefert sie die Elemente jene Wissenschaft von der Frau, welche als Frauenkunde aufzublühen beginnt", sagt am Ende seiner Vorrede. Das schöne Werk wird bald zu denen gehören, studiert haben m u ß.

MINITEX
Minnesota Library Access Center
9ZAR03D01S01TNY

Die Gefahren der Frauenerwerbsarbeit

für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Kindesaufzucht mit besonderer Berücksichtigung der Textilindustrie

Von Dr. **Max Hirsch**, Berlin

IV, 32 Seiten mit 9 Kurven und 10 Abbildungen im Text und 8 Tafeln. 1925. K Rm. 2.—

Die Gattenwahl

Ein ärztlicher Ratgeber bei der Eheschliessung

Herausgegeben unter Förderung des Landesausschusses f. hyg. Volksbelehrung

Von Dr. **Max Hirsch**, Berlin

Frauenarzt in Berlin, Mitglied des preußischen Landesgesundheitsrats

42 Seiten. 1922. K In Partien billigere Preise. Einzeln Rm. —.30

Fortpflanzungsschädigung der erwerbstätigen Frau und ihre Abhilfe

Von Prof. Dr. **Heinz Küstner**

Oberarzt der Universitäts-Frauenklinik Leipzig

VIII, 125 Seiten mit 3 Fig. im Text. 1930. gr. 8°. Kart. Rm. 4.50

Zentralblatt für Gynäkologie:
Die Monographie K.s bildet eine vorzügliche Einführung in die skizzierten Fragenkomplexe und besitzt deshalb besonderen Wert, da eigene, neue Untersuchungen hier niedergelegt sind. Jedem Fachkollegen kann daher dies Buch nur warm empfohlen werden. F. v. Mikulicz-Radecki (Berlin).

Zeitschrift für Schulgesundheitspflege:
Das Buch bringt reichliches Material, das für den Schutz der erwerbstätigen Frau von Bedeutung ist, und zeichnet sich durch eine klare und einfache Darstellungsweise aus, die der Verbreitung des Buches auch bei Nichtärzten sehr zugute kommt. Chajes.

Ausführliche Prospekte kostenlos

Die mit „K" bezeichneten Werke erschienen in der Verlagsabteilung Curt Kabitzsch

JOHANN AMBROSIUS BARTH / VERLAG / LEIPZIG

Offizin Haag-Drugulin AG.

Digitized by Google